

NRW  
DIE FRAKTION

**SPD**

## **GUTACHTEN**

*IM AUFTRAG DER*

**SPD-FRAKTION IM LANDTAG VON NORDRHEIN-WESTFALEN**

*ZUM THEMA*

# **„INKLUSION IN NRW WEITERENTWICKELN“**

Dr. Harry Fuchs/Prof. Dr. Stefan Greß/Prof. Dr. Felix Welti/Dr. Reza F. Shafaei

Düsseldorf/Fulda/Kassel/Hamburg

Februar 2015

## VORWORT

Damit die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention verwirklicht und die Leitidee einer inklusiven Gesellschaft gelebt werden können, müssen Strukturen auf allen Ebenen prozessorientiert angepasst werden. Nur so lässt sich der inklusive Gedanke der Konvention in gesellschaftliche Realität umwandeln.

2006 wurde die UN-Behindertenrechtskonvention von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Seit 2009 ist sie in Deutschland geltendes Recht. Sie konkretisiert nicht nur die universellen Menschenrechte für Menschen mit Behinderung. Mit der Konvention und ihren Regelungen werden auch wichtige Weichenstellungen für den Zusammenhalt in einer offenen und pluralen Gesellschaft gesetzt: Menschen mit Behinderung haben ein uneingeschränktes und selbstverständliches Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Inklusion heißt daher nichts anderes, als dass die Gesellschaft in gleicher Weise behinderten und nichtbehinderten Menschen einen Ort für ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben bieten muss.

Nordrhein-Westfalen ist sich dessen schon lange bewusst. Mit dem Aktionsplan „Eine Gesellschaft für alle – NRW inklusiv“ der Landesregierung sowie zahlreichen Gesetzesänderungen sind inklusive Grundsteine bereits geschaffen. Diesen Weg gilt es nun fortzusetzen und auszubauen. Das geplante „Inklusionsstärkungsgesetz Nordrhein-Westfalen“ soll ein weiterer Meilenstein auf diesem Weg werden.

Zur Unterstützung des Diskussionsprozesses auf diesem Weg bezieht die SPD-Landtagsfraktion sachverständigen Rat in ihre Überlegungen mit ein: Mit dem nun vorliegenden zweiten Gutachten analysieren die Autoren Dr. Harry Fuchs (Düsseldorf), Prof. Dr. Stefan Greß (Fulda), Prof. Dr. Felix Welti (Kassel) und Dr. Reza F. Shafaei (Hamburg) weitere Aspekte der Inklusion für NRW und den Bund. So werden das aktuelle Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht des Neunten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch dargestellt, die Kostenentwicklung im Behindertenrecht der Sozialhilfe beurteilt und die im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe diskutierten Lösungen zur Überwindung von Zuständigkeits- und Schnittstellenproblemen bei Teilhabeleistungen an Kinder und Jugendliche beschrieben und bewertet.

Damit leistet die SPD-Landtagsfraktion einen weiteren zentralen Diskussionsbeitrag für das Ziel, Inklusion in NRW und auch für den Bund über eine effizientere und ressourcenschonendere Organisation der Leistungen zu stärken.

Mit einem herzlichen Glückauf



Norbert Römer  
Fraktionsvorsitzender



Josef Neumann  
Inklusionsbeauftragter der Fraktion

## EINORDNUNG

Die Gutachter haben im Auftrag der SPD-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen ein Rechtsgutachten zum Thema „Inklusionsstärkungsgesetz Nordrhein-Westfalen“ erstellt, das mit den Inhalten

- Rechtlicher Rahmen
- Verfassungsrechtliche Fragen zu den Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zum 30.9.2014 des Landes
- Organisationsrechtliche Befugnisse des Landes

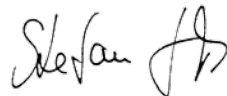
mit einem ergänzenden Beratungsteil und ergänzenden Handlungsvorschlägen zum 30.9.2014 vorgelegt wurde (Teil A).

Teil B des Gutachtens befasst sich nunmehr mit

- der juristischen und ökonomischen Bewertung des Leistungserbringungs- und Vergütungsrechts der Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten und Zwölften Sozialgesetzbuch (Teil 1)
- der Beurteilung der Kostenentwicklung im Behindertenrecht (Teil 2)
- der Bewertung der im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe diskutierten Lösungen zur Überwindung von Zuständigkeits- und Schnittstellenproblemen bei Teilhabeleistungen an Kinder und Jugendliche (u. a. „Große Lösung“)



Dr. Harry Fuchs



Prof. Dr. Stefan Greß



Prof. Dr. Felix Welti



Dr. Reza F. Shafaei

# INHALTSVERZEICHNIS

---

## TEIL 1

### JURISTISCHE UND ÖKONOMISCHE BEWERTUNG DES LEISTUNGSERBRINGUNGS- UND VERGÜTUNGSRECHTS DER LEISTUNGEN ZUR TEILHABE NACH DEM NEUNTEN UND ZWÖLFTEN SOZIALGESETZBUCH

<b>1. LEISTUNGSERBRINGUNGSRECHT DES SGB IX</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Geltung von § 7 SGB IX für das Leistungserbringungsrecht</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Abweichungen der Leistungsgesetze, insbesondere des SGB XII, vom SGB IX</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Grundverhältnis Rehabilitationsträger – Rehabilitationsdienste und -einrichtungen</b>	<b>9</b>
1.3.1 Vorprüfung der Rehabilitationsträger	11
1.3.2 Geeignetheit der Rehabilitationseinrichtung/des Rehabilitationsdienstes	12
1.3.3 Festlegung der Kriterien für die Geeignetheit – Rahmenvertrag	13
1.3.4 Feststellung der grundsätzlichen Geeignetheit eines Leistungserbringers – Versorgungsvertrag	14
1.3.5 Einzelverträge über konkrete Inanspruchnahme	14
1.3.6 Wirksamkeitsprüfung im Einzelfall durch den Rehabilitationsträger	14
<b>1.4 Auswirkung von § 19 SGB IX – Stellung der Vertragspartner</b>	<b>15</b>
1.4.1 Sicherstellungsauftrag – § 19 Abs. 1 SGB IX	15
1.4.2 Auswahlermessen der Träger – § 19 Abs. 4 SGB IX	17
1.4.3 Förderung von Leistungsanbietern – § 19 Abs. 5 SGB IX	19
1.4.4 Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer – § 19 Abs. 6 SGB IX	20
<b>1.5 Bedeutung und Auswirkung von gemeinsamen Empfehlungen</b>	<b>22</b>
<b>1.6 Vorgaben für die Verträge nach § 21 Abs. 1 SGB IX</b>	<b>23</b>
1.6.1 Übernahme von Grundsätzen zur Vereinbarung von Vergütungen	23
a) Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit	25
b) Angemessene Vergütung	25
c) Ermittlung der angemessenen Vergütung	25
d) Vergütungssystem	26
1.6.2 Qualitätsanforderungen	26
1.6.3 Rechte der Teilnehmer an Leistungen/Nutzer	27
1.6.4 Geheimhaltung von personenbezogenen Daten	28
1.6.5 Behinderte Frauen	28
1.6.6 Kindeswohlgefährdung	28
1.6.7 Andere – nicht explizit erwähnte – Anforderungen	28

<b>1.7</b>	<b>Rahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 S. 1, 2. HS SGB IX</b>	<b>29</b>
1.7.1	Vertragspartner	29
1.7.2	Rechtsnatur	30
<b>1.8</b>	<b>Wirtschaftsrechtlicher Rahmen</b>	<b>30</b>
<b>2.</b>	<b>LEISTUNGSERBRINGUNGSRECHT DES SGB XII</b>	<b>31</b>
<b>2.1</b>	<b>Das sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis</b>	<b>31</b>
<b>2.2</b>	<b>Gewährleistungspflicht des Trägers der Sozialhilfe (§ 75 Abs. 2 S. 1 SGB XII)</b>	<b>33</b>
<b>2.3</b>	<b>Vereinbarungsprinzip</b>	<b>33</b>
<b>2.4</b>	<b>Inhalt der Vereinbarungen</b>	<b>34</b>
2.4.1	Leistungsvereinbarung	34
2.4.2	Vergütungsvereinbarung	35
2.4.3	Prüfungsvereinbarung	37
2.4.4	Wirtschaftsrechtlicher Rahmen	37
2.4.5	Konfliktregulierungsmechanismen	38
<b>3.</b>	<b>VERHÄLTNIS DER VERTRÄGE NACH §§ 75 FF. SGB XII ZU DEN LEISTUNGSERBRINGUNGSRECHTLICHEN VORGABEN DES SGB IX</b>	<b>40</b>
 <b>TEIL 2</b>		
<b>BEURTEILUNG DER KOSTENENTWICKLUNG IM BEHINDERTENRECHT DER SOZIALHILFE</b>		
<b>1.</b>	<b>BEURTEILUNG DER AUSGABENENTWICKLUNG</b>	<b>44</b>
1.1	Prognose über die Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020	44
<b>2.</b>	<b>BEEINFLUSSBARKEIT DER AUSGABENENTWICKLUNG</b>	<b>49</b>
2.1	Ausgabenentwicklung bei den Wohnleistungen	50
2.2	Ausgabenentwicklung bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderung	51
2.3	Zusammenfassung	53

---

<b>3. MASSNAHMEN ZUR ENTLASTUNG DER KOMMUNEN</b>	<b>53</b>
3.1 Finanzierung der Ausgaben für den Bereich Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit	54
3.2 Finanzierung der Ausgaben für Pflege in stationären Behinderteneinrichtungen durch die soziale Pflegeversicherung	55
3.3 Einführung eines durch den Bund finanzierten und dynamisierten Bundesteilhabegeldes	55
3.4 Zusammenfassung	58

### **TEIL 3**

#### **BEWERTUNG DER IM BEREICH DER KINDER- UND JUGENDHILFE DISKUTIERTEN LÖSUNGEN ZUR ÜBERWINDUNG VON ZUSTÄNDIGKEITS- UND SCHNITTSTELLENPROBLEMEN BEI TEILHABELEISTUNGEN AN KINDER UND JUGENDLICHE (U. A. „GROSSE LÖSUNG“)**

<b>1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG</b>	<b>59</b>
<b>2. GELTENDE RECHTSLAGE</b>	<b>60</b>
<b>3. BEDARF AN REDUZIERUNG DER ABGRENZUNGSPROBLEME</b>	<b>60</b>
<b>4. KOORDINATIONS- UND KOOPERATIONSPFLICHTEN DER TRÄGER NACH GELTENDEM RECHT</b>	<b>61</b>
<b>5. KOORDINATION UND KOOPERATION – MÖGLICHE RECHTSÄNDERUNGEN</b>	<b>64</b>
5.1 Bundesrecht	64
5.2 Landesrecht	65
<b>6. ZU DEN ALTERNATIVEN VORSCHLÄGEN ZUR ÄNDERUNG DER ZUSTÄNDIGKEIT</b>	<b>65</b>
6.1 Reduktion der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe	65
6.2 Erweiterung der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe	66
6.3 Bewertung	66

## TEIL 1

### Juristische und ökonomische Bewertung des Leistungserbringungs- und Vergütungsrechts der Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten und Zwölften Sozialgesetzbuch

#### 1. Leistungserbringungsrecht des SGB IX

Das SGB IX enthält in §§ 17-21a SGB IX Vorschriften über die Leistungserbringung, die grundsätzlich für alle Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) gelten (§ 7 Satz 1 SGB IX). Die für die Rehabilitationsträger spezifisch geltenden Leistungsgesetze beinhalten zum Teil auch noch ein ausführliches Leistungserbringungsrecht, so z. B. das SGB XII in den §§ 75 ff. SGB XII. Insofern ist vorab zu klären, in welchem Verhältnis SGB IX und SGB XII als Leistungsgesetz in Bezug auf das Leistungserbringungsrecht stehen und damit, welche Verbindlichkeit die §§ 17-21a SGB IX im Bereich der Eingliederungshilfe bzw. Teilhaberechts des SGB XII entfalten können.

##### 1.1 Geltung von § 7 SGB IX für das Leistungserbringungsrecht

Das Leistungserbringungsrecht ist nicht explizit Gegenstand von § 7 SGB IX. Es ist daher zu klären, in welchem Verhältnis das Leistungserbringungsrecht des SGB IX zum Leistungserbringungsrecht des SGB XII steht. Die Antwort auf diese Frage stellt grundsätzlich die Weichen für die Bedeutung der §§ 17-21a SGB IX. Rechtsprechung zu dieser Frage liegt nicht vor. Die Meinungen in der Literatur sind nicht einheitlich.<sup>1</sup> Der Gesetzgeber des SGB IX hat nicht deutlich zwischen Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht differenziert. In der Gesetzesbegründung zu § 7 ist ausgeführt, dass institutionelle Vorgaben wie das Kassenarztrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Vorbehalt abweichender Regelungen vorrangig gegenüber den Regelungen des SGB IX bleiben.<sup>2</sup> Hier betrachtet der Gesetzgeber das Kassenarztrecht wohl als einen Teil des Leistungsrechts. Wenige Zeilen später ist allerdings in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass (nach Satz 2) sich Zuständigkeit und Voraussetzungen nach den besonderen Regelungen richteten und, anknüpfend: „So bleiben beispielsweise im Sozialhilfebereich die Regelungen zu § 93 ff. BSHG unberührt.“ Tatsächlich handelt es sich aber bei diesen Regelungen (jetzt §§ 75 ff. SGB XII) nicht um solche, die sich mit Zuständigkeit und Voraussetzungen befassen, sondern um Leistungserbringungsrecht. Aus der Gesetzesbegründung zu § 7 lässt sich also nicht widerspruchsfrei ergründen, wie der Gesetzgeber das Verhältnis des Leistungserbringungsrechts zu § 7 gesehen hat. Es ist lediglich festzustellen, dass er für das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen und der Sozialhilfeträger davon ausgegangen ist, dass sie in ihrem Regelungsgehalt vom SGB IX nicht verändert werden.

Systematisch hat der Gesetzgeber diejenigen Widersprüche zwischen SGB IX und Leistungsgesetzen, die den Regelungsbereich von Kapitel 2 des SGB IX betreffen und die er gesehen hat, im Zuge des SGB IX beseitigt, etwa den Inlandsvorbehalt der gesetzlichen Rentenversicherung in § 14 SGB VI a.F. im Verhältnis

---

<sup>1</sup> Vgl. Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 21 SGB IX, Rn. 20 sowie § 7 Rn. 10.

<sup>2</sup> BT-Drs. 14/5074, 100.

zu § 18 SGB IX. Darin liegt ein systematisches Indiz, dass der Gesetzgeber Widersprüche zwischen dem Leistungserbringungsrecht der einzelnen Gesetze und Kapitel 2 des SGB IX nicht gewollt hat.

Kernanliegen des SGB IX war es, einen gemeinsamen Rahmen für das gesamte Recht der Leistungen zur Teilhabe durch Koordination, Kooperation und Konvergenz herzustellen. Denn der Gesetzgeber hegte die Erwartung, dass auf der Basis des SGB IX durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und Behindertenpolitik etabliert werden könnten.<sup>3</sup> Diesem Zweck diene der gegenüber dem RehaAnglG erweiterte, in § 7 SGB IX beschriebene Anwendungsbereich. Mit seiner Gegenüberstellung des Rechts der Leistungen (Satz 1) einerseits und der Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen andererseits (Satz 2) wollte der Gesetzgeber den Anwendungsbereich des Gesetzes abschließend bestimmen. Ein dritter ungeklärter Bereich von nicht in § 7 SGB IX geregelterm Recht der Rehabilitation und Teilhabe war nicht vorgesehen.

Insbesondere für Bereiche, die im SGB IX geregelt sind, wie das Recht der Leistungserbringung, wäre es auch für das Ziel des Gesetzes unzweckmäßig, das Verhältnis der Gesetze nicht zu klären. Somit ist das Leistungserbringungsrecht entweder § 7 Satz 1 oder Satz 2 zuzuordnen. Hier ist das Leistungserbringungsrecht dem Leistungsrecht wesentlich näher als dem Recht der Zuständigkeit. In allen sozialrechtlichen Bereichen, die vom Sach- und Dienstleistungsprinzip (§ 11 SGB I) geprägt sind, hat das Leistungserbringungsrecht eine große Bedeutung für die Konkretisierung der individuellen Leistungsansprüche, die sich schon aus der besonderen sachlichen Nähe des Leistungserbringers zur Leistungsrealisierung und dem notwendigen Vertrauens- und Kooperationsverhältnis von leistungsberechtigter Person und Leistungserbringer ergibt. Auch hieraus ergibt sich, dass das Leistungserbringungsrecht unter die Regel von § 7 S. 1 SGB IX fällt.

Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass Kapitel 2 des SGB IX jedenfalls soweit unmittelbar für das Leistungserbringungsrecht der einzelnen Rehabilitationsträger gilt, wie dieses eine notwendige und dienende Funktion für deren Leistungsrecht hat und den Leistungsanspruch mitbestimmt. Etwas anderes kann nur dort gelten, wo das Leistungserbringungsrecht organisationsrechtliche Elemente enthält, die insgesamt außerhalb des Regelungsanliegens des SGB IX stehen. Dies erklärt wohl auch den Hinweis in der Gesetzesbegründung auf das Kassenarztrecht, das organisationsrechtliche Regelungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen enthält, von denen das SGB IX nicht abweichen kann und soll.

## **1.2 Abweichungen der Leistungsgesetze, insbesondere des SGB XII, vom SGB IX**

§ 7 S. 1 SGB IX ordnet die Geltung des Leistungserbringungsrechts des SGB IX für alle Rehabilitationsträger an, es sei denn, die Leistungsgesetze dieser einzelnen Träger enthielten Abweichungen. Der Norm liegt dabei der Gedanke einer weit gehenden Einheitlichkeit des Leistungsrechts zu Grunde. Diesem Gedanken soll diese Regel zur Durchsetzung verhelfen. Sie ist im Lichte des Koordinations- und Vereinheitlichungsanliegens des SGB IX so zu verstehen, dass den Leistungsgesetzen zunächst eine Auslegung zu geben ist, die mit dem SGB IX in Übereinstimmung steht. Dies gilt insbesondere für das vor dem SGB IX gesetzte

---

<sup>3</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 92.



Sozialrecht; das SGB IX ist hier späteres Recht (lex posterior), das früherem Recht vorgeht („Lex posterior derogat legi priori“). Insbesondere ungeschriebene Strukturprinzipien des alten Rechts gehen dem SGB IX nicht vor – anders als die nicht unbestrittene Rechtsprechung des BVerwG zum BSHG dies vergleichbar zu § 37 SGB I entwickelt hatte<sup>4</sup> –; denn erstens gilt der Grundsatz, dass der Gesetzgeber dafür zuständig ist, Strukturprinzipien zu regeln, und zweitens stünde eine andere Auslegung im Widerspruch zum Ziel der Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts.

Soweit Leistungserbringungsrecht der einzelnen Leistungsgesetze nach dem SGB IX gesetzt worden ist, gilt jedoch nicht automatisch ein Vorrang dieses Rechts, da das neue Recht unter Geltung und in Kenntnis des SGB IX und hier insbesondere von § 7 Satz 1 SGB IX geschaffen wurde. In Fällen neueren Rechts ist daher zu prüfen, ob der Gesetzgeber eine Abweichung von den Normen des SGB IX ausdrücklich erreichen wollte oder nicht; es ist also zu prüfen, ob der Gesetzgeber wirklich besonderes Recht („lex specialis“) schaffen wollte, welches dann dem allgemeinen Recht im SGB IX vorgehen würde („lex specialis derogat legi generalis“). Nur wenn ein solcher Wille aus Wortlaut, Systematik und Entstehungsgeschichte klar und deutlich zu erkennen ist, ist von abweichendem Leistungserbringungsrecht auszugehen.

Für die praktische Relevanz des eben Geprüften ist es wichtig festzuhalten, ob in dem Leistungsgesetz SGB XII tatsächlich Abweichungen vom Leistungserbringungsrecht des SGB IX zu finden sind:

Die Vorschriften zum Leistungserbringungsrecht im Recht der Sozialhilfe (§§ 75 bis 81 SGB XII) regeln die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe eines Rehabilitationsträgers. Hier werden Regelungen zum Vertragsrecht der Sozialhilfeträger mit den Leistungserbringern getroffen. Diese Regelungen sind sehr viel detaillierter als die im SGB IX und sehen außerdem, anders als im SGB IX, bei Nichtzustandekommen eines Vertrags ein Schiedsverfahren sowie eine Verordnungsermächtigung vor. Widersprüche zu § 21 SGB IX sind jedoch nicht unmittelbar ersichtlich.

### **1.3 Grundverhältnis Rehabilitationsträger – Rehabilitationsdienste und -einrichtungen**

Das leistungserbringungsrechtliche Verhältnis der Rehabilitationsträger zu den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen wird durch die §§ 17-21a SGB IX – Ausführung der Leistungen zur Teilhabe – festgelegt. Die Ausführung bzw. Erbringung von Leistungen zur Teilhabe unter Zuhilfenahme von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen wird vom Gesetzgeber als Inanspruchnahme bezeichnet (§ 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Sie stellt den praktischen Regelfall dar.

Die §§ 17-21a SGB IX, vor allem § 21 SGB IX, zeigen, dass der Gesetzgeber eine Grundentscheidung für Vertragsrecht getroffen hat. Die Rechtsbeziehungen zwischen den Rehabilitationsträgern und den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, den Leistungserbringern, sind durch Verträge zu regeln. Zwar sind in § 21 SGB IX nur Anforderungen an die Verträge genannt, während eine Pflicht zum Vertragsabschluss nicht explizit genannt ist.<sup>5</sup> Eine andere rechtliche Gestaltung der Inanspruchnahme nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX ist jedoch nicht vorgesehen. § 21 Abs. 2 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger

---

<sup>4</sup> Zuletzt: BSHG v. 13.11.2003, 5 C 26/02, FEVS; ausdrücklich anders jetzt das BSG zum SGB XII: BSG v. 29.9.2009, B 8 SO 16/08 R, BSGE 104, 213.

<sup>5</sup> Diese Pflicht findet sich jedoch in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

dazu, die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abzuschließen. Diese Norm ist begründet in dem Koordinations- und Konvergenzanliegen des SGB IX. Sie könnte eine entsprechende Wirkung jedoch nicht entfalten, wenn nur ein Teil der Rechtsbeziehungen zwischen Rehabilitationsträgern und den Diensten und Einrichtungen mit Verträgen zu regeln wäre. Dazu kommt, dass nach § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XII der Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger zum Abschluss von Verträgen verpflichtet ist.

Werden also eine oder mehrere Leistungen zur Teilhabe von einem Leistungserbringer erbracht, so liegt dem Verhältnis zwischen Rehabilitationsträger und Leistungserbringer nicht eine hoheitliche Entscheidung, sondern ein Vertrag zugrunde. Zwar entscheidet der Rehabilitationsträger im Rahmen seiner Verantwortung hoheitlich, ob er eine Einrichtung im jeweiligen Einzelfall in Anspruch nehmen möchte und welche Einrichtung er hierfür nach pflichtgemäßem Ermessen auswählt. Nach dieser Entscheidung nimmt der Rehabilitationsträger durch Vertrag (§ 21 SGB IX) zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einen Leistungserbringer in Anspruch (§ 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Von einer „Belegung“ einer Einrichtung im Sinne eines einseitigen Aktes kann im Recht der Leistungen zur Teilhabe nicht gesprochen werden. Für die Inanspruchnahme zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe werden vertragliche Regeln generell und im Einzelfall zwischen den Rehabilitationsträgern und den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen vereinbart.

§ 17 und § 21 SGB IX legen Grundsätzliches für das Leistungserbringungsrecht für die Leistungen zur Teilhabe fest. Ein Rangverhältnis zwischen beiden besteht nicht, da sich beide Normen teilweise gegenseitig voraussetzen und ergänzen. § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX normiert, dass der Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe unter Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen lassen kann. Damit regelt er einerseits den Einstieg ins Leistungserbringungsrecht, nämlich die Inanspruchnahme. Andererseits setzt die Regelung aber bereits die Geeignetheit der Leistungserbringer voraus. § 21 SGB IX stellt klar, dass die Inanspruchnahme zur Ausführung von einer oder mehreren Leistungen zur Teilhabe durch Verträge zu regeln ist. Gleichzeitig bietet § 21 SGB IX aber auch die notwendigen Instrumente – gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger sowie Rahmenverträge mit den Leistungserbringern –, um vor der einzelnen Inanspruchnahme die grundsätzliche Geeignetheit entweder zu empfehlen oder rahmenvertraglich festzulegen. Ziel ist eine Vertragspraxis nach einheitlichen Grundsätzen (§ 21 Abs. 2 S. 1 SGB IX). § 17 SGB IX und § 21 SGB IX sind also eng miteinander verknüpft. Zusammen normieren sie die Grundentscheidungen – Inanspruchnahmeverfahren und Vertragsrecht – des Gesetzgebers für das Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe.

Gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX können die Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe unter Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen lassen. Das sich aus dem SGB IX ergebende Verfahren der leistungserbringungsrechtlichen Inanspruchnahme von einem Leistungserbringer durch einen Rehabilitationsträger ist mehrstufig.

Vor der Inanspruchnahme ist es die Pflicht der Rehabilitationsträger, aus ihrem Sicherstellungsauftrag nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass geeignete Leistungserbringer zur Verfügung stehen.

### 1.3.1 Vorprüfung der Rehabilitationsträger

Bevor Rehabilitationsträger sich überhaupt für eine Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen entscheiden können, haben sie zu prüfen, in welcher Form diese Leistungen ausgeführt werden.

Der Gesetzgeber gibt den Rehabilitationsträgern abschließend mehrere Möglichkeiten der Formen der Leistungsausführung vor: Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe zum Ersten allein oder mit anderen Leistungsträgern, zum Zweiten durch andere Leistungsträger oder zum Dritten unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 3 SGB IX). Außerdem kann er zum Vierten die Leistungen zur Teilhabe auch durch ein persönliches Budget ausführen (§ 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX).

Ein Rangverhältnis der Leistungsformen ist mit dieser gesetzlichen Aufzählung nicht verbunden. Die Auswahl zwischen den verschiedenen Ausführungsformen liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Rehabilitationsträger (§ 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Aber der Rehabilitationsträger ist in seiner Ermessensentscheidung über die Form der Leistungsausführung nicht frei. Seine Ermessensausübung wird – unter anderem – durch die Vorgabe des § 17 Abs. 1 S. 3 SGB IX gebunden: Die in § 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX genannten Formen der Leistungsausführung sind insbesondere dann in Betracht zu ziehen, wenn der Rehabilitationsträger dadurch die Leistung wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann. Dies gilt zwischen den Formen der Leistungsausführung in § 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX und zwischen diesen und dem Persönlichen Budget (§ 17 Abs. 2 SGB IX). Damit unterstützt das Leistungserbringungsrecht die Orientierung des Leistungsrechts an Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Die Betonung der Grundsätze der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hat als Ermessenszweck (§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB I) bindende Auswirkungen auf die Ausübung des Auswahlermessens im Einzelfall. Das bedeutet, dass bei gleicher prognostizierter Wirksamkeit der Rehabilitationseinrichtung einem Leistungserbringer dann der Vorzug vor der eigenen Einrichtung des Rehabilitationsträgers zu geben ist, wenn der Leistungserbringer die Rehabilitationsleistung wirtschaftlicher ausführt. Ebenso ist der Eigeneinrichtung der Vorzug zu geben, wenn sie bei gleicher Wirksamkeit die Leistung wirtschaftlicher ausführt.

Unabdingbare Voraussetzung dafür ist aber, dass die Grundlagen für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in den eigenen Einrichtungen und in den Einrichtungen der Leistungserbringer auf bestmöglicher Evidenz beruhen<sup>6</sup> sowie transparent und deshalb vergleichbar sind. Die Rehabilitationsträger müssen also dafür Sorge tragen, dass die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationsleistung nachvollzogen werden kann<sup>7</sup>, um Ermessensfehler zu vermeiden, die durch unzureichende Ermittlung der Entscheidungsgrundlagen entstehen.

In einer Vorprüfung haben die Rehabilitationsträger also zuerst über die am meisten wirksame und wirtschaftliche Form der Ausführung von Leistungen zur Rehabilitation – ermessensfehlerfrei – zu entscheiden. Entscheiden sie sich für die Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten

---

<sup>6</sup>Dazu Welti/ Raspe, Der sozialrechtliche Rahmen der evidenzbasierten Rehabilitation, DRV 2005, 560-576.

<sup>7</sup>Vgl. BSGE 89, S. 294 (305): Auf Basis des SGB V und des SGB IX kommt das BSG zu dem Ergebnis, dass die Krankenkassen als Rehabilitationsträger darauf zu achten haben, dass ein vollständiges Leistungsangebot gerade zu möglichst niedrigen Preisen bereitgehalten wird und die Vergleichbarkeit aller Preise mit denen der anderen Anbieter gewährleistet ist.

oder Einrichtungen von Leistungserbringern, so gilt es, die Vorgaben des besonderen Inanspruchnahmeverfahrens einzuhalten.

Entscheiden sich die Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer gebundenen Ermessensentscheidung dafür, die Leistung nach § 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB IX allein, mithin in Eigeneinrichtungen, auszuführen, so haben sie dann zum Ersten kein besonderes Inanspruchnahmeverfahren durchzuführen. Zum Zweiten sind mit den Eigeneinrichtungen keine Verträge zu schließen.<sup>8</sup> Zum Dritten aber sind die Rehabilitationsträger gemäß § 21 Abs. 4 SGB IX dazu verpflichtet, auch bei ihren eigenen Einrichtungen die Grundsätze des § 21 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 6 SGB IX anzuwenden. Da die Rehabilitationsträger außerdem nach § 21 Abs. 2 S. 1, 1. HS SGB IX dazu verpflichtet sind, die Verträge mit den privaten Leistungserbringern gemäß § 21 Abs. 1 SGB IX nach einheitlichen Grundsätzen zu schließen, haben sie eben diese einheitlichen Grundsätze, ausgenommen der Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen (§ 21 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB IX), nicht nur gegenüber den privaten Leistungserbringern, sondern auch gegenüber ihren eigenen Einrichtungen zu berücksichtigen. Die Rehabilitationsträger haben also an die Eigeneinrichtungen die gleichen Anforderungen zu stellen, wie sie sie auf vertraglichem Wege an private und freie Dienste und Einrichtungen stellen.

### 1.3.2 Geeignetheit der Rehabilitationseinrichtung/des Rehabilitationsdienstes

Zentraler Begriff der Inanspruchnahme ist die Geeignetheit. Nach § 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB IX müssen von den Rehabilitationsträgern in Anspruch genommene Rehabilitationsdienste und -einrichtungen geeignet sein. § 19 Abs. 4 S. 1 SGB IX gibt dem Rehabilitationsträger weiterhin vor, dass die Auswahl der in Anspruch zu nehmenden Dienste und Einrichtungen danach erfolgen muss, welcher Dienst oder welche Einrichtung die zu erbringende Leistung in der am besten geeigneten Form ausführen kann. Geschlossene Rahmenverträge, Versorgungsverträge und Einzelverträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten und Einrichtungen sind nach § 21 Abs. 3 SGB IX von den Rehabilitationsträgern zu kündigen.

§ 4 Abs. 2 S. 1 SGB IX gibt sowohl für das Leistungsrecht als auch für das Leistungserbringungsrecht verbindlich vor, dass alle Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der in §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele erbracht werden müssen.<sup>9</sup> Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen können grundsätzlich also nur dann im Sinne des SGB IX für die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe geeignet sein, wenn die von ihnen nachgewiesene Struktur- und Prozessqualität erwarten lässt, dass sie im Einzelfall die Rehabilitations-/Teilhabeziele nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX erreichen und die Leistung bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirksam erbringen können. Leistungen, die zur Erreichung dieser Ziele nicht geeignet sind, dürfen folglich durch die Rehabilitationsträger weder gewährt noch erbracht werden; Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die in diesem Sinne nicht geeignet sind, dürfen zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe durch die Rehabilitationsträger nicht in Anspruch genommen werden.

---

<sup>8</sup>Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 21 SGB IX, Rn. 36. Dies veranschaulicht so auch § 15 Abs. 2 S. 1 SGB VI, wonach die Rehabilitationsträger Leistungen nur in Einrichtungen erbringen dürfen, die „entweder von dem Träger Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 des Neunten Buches besteht“.

<sup>9</sup>BT-Drucks. 14/5800, S. 25.

### 1.3.3 Festlegung der Kriterien für die Geeignetheit – Rahmenvertrag

Für die Inanspruchnahme zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ist notwendig, dass die Geeignetheit von Diensten und Einrichtungen konkretisiert wird. So müsste z. B. für die Träger und Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine solche Konkretisierung speziell für diese Leistungsgruppe – medizinische Rehabilitation – erfolgen. Entsprechendes gilt für die Träger und Erbringer von anderen Teilhabeleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – § 5 SGB IX). Die Rehabilitationskonzepte, die Anforderungen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement und das erforderliche Personalkonzept müssten leistungsgruppenspezifisch konkretisiert werden, so dass sich aus dem Rahmenvertrag dann die zu erfüllenden Kriterien für die grundsätzliche Geeignetheit für die Leistungsgruppe der medizinischen Rehabilitation ergeben. Instrument für diese Konkretisierung sind zunächst die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen (§§ 12, 13 SGB IX). Da die Feststellung der Geeignetheit logische Vorbedingung für den Abschluss von Versorgungsverträgen, die einzelvertragliche Inanspruchnahme und somit Vorbedingung und Grundinhalt der Verträge ist, und die Vertragspraxis nach einheitlichen Grundsätzen geschehen soll, sind Rahmenverträge dafür taugliches und in § 21 Abs. 2 SGB IX vorgesehene Instrument.

Die in § 21 Abs. 2 SGB IX vorgesehenen Rahmenverträge knüpfen an die gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger an. Diese werden nach § 13 SGB IX ohne substanzielle Beteiligung der Leistungserbringer vereinbart, da den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer nach § 13 Abs. 6 SGB IX lediglich ein Anhörungsrecht, mithin eine „weiche“ Beteiligung, zusteht. Gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach § 21 Abs. 2 SGB IX können also rahmenvertragliche Regelungen nicht ersetzen, sondern allenfalls vorbereiten und ergänzen, da ansonsten eine vertragliche Zusammenarbeit der Träger und Erbringer im Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe vorausgesetzt ist. Das Koordinations- und Konvergenzziel des SGB IX in Bezug auf geeignete Leistungen zur Teilhabe kann durch rahmenvertragliche Regelungen, die unter Beteiligung der Leistungserbringer gesetzt werden, effektiver ausgefüllt werden als durch gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger, mit denen die Leistungserbringer nicht unmittelbar gebunden werden können. Hinzu kommt, dass die Berufsfreiheit der Leistungserbringer gebietet, diese an Entscheidungen zu beteiligen, die ihre Rechtssphäre betreffen. Auch in der Gesetzesbegründung wird anerkannt, dass sich Rahmenverträge als sinnvolles Abstimmungsinstrument bewährt haben.<sup>10</sup>

In Rahmenverträgen vereinbaren damit gemäß § 21 Abs. 2 SGB IX die Rehabilitationsträger mit den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer über die Inhalte der Versorgungs- und Einzelverträge hinaus den grundsätzlichen Rahmen und legen auf diese Weise die grundsätzlichen Kriterien für die Geeignetheit im Sinne von § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX fest.

---

<sup>10</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 105.

### 1.3.4 Feststellung der grundsätzlichen Geeignetheit eines Leistungserbringers – Versorgungsvertrag

Das Vorliegen rahmenvertraglich vereinbarter Kriterien ermöglicht, die grundsätzliche Geeignetheit eines Rehabilitationsdienstes oder einer -einrichtung durch Abschluss eines Versorgungsvertrags zwischen diesem Dienst oder dieser Einrichtung und einem oder mehreren Rehabilitationsträgern festzustellen. Die auf einem Rahmenvertrag basierenden Versorgungsverträge klären anhand der durch den Rahmenvertrag vorgegebenen Geeignetheitskriterien für eine Leistungsgruppe oder auch für mehrere Leistungsgruppen, ob und inwieweit ein Dienst oder eine Einrichtung die notwendigen Voraussetzungen für die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe bietet, also geeignet ist. Versorgungsverträge mit nicht geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen dürfen nicht geschlossen werden (§ 21 Abs. 3 SGB IX). Mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrags wird nur die grundsätzliche Geeignetheit eines Rehabilitationsdienstes oder einer -einrichtung vertraglich festgestellt, eine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers zur Durchführung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durch diesen Dienst oder diese Einrichtung entsteht durch einen Versorgungsvertrag nicht. Es zeigt sich damit, dass der Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX dem Grunde nach gleicher Art ist wie der für die stationären Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V.

Durch den Abschluss von Versorgungsverträgen kommen die Rehabilitationsträger auch ihrer Sicherstellungspflicht aus § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX nach. Indem sie mit geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen Versorgungsverträge schließen, tragen sie dazu bei, dass die fachlich und regional erforderlichen Dienste und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

### 1.3.5 Einzelverträge über konkrete Inanspruchnahme

Der nächste Schritt zur Konkretisierung der einzelnen Leistungen zur Teilhabe ist die Inanspruchnahme von Diensten oder Einrichtungen durch einen Vertrag, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner in der einzelnen Beziehung geregelt werden. § 21 Abs. 1 SGB IX normiert außerdem gemeinsame Anforderungen an den Inhalt dieser Verträge. Ob solche Verträge zu schließen sind, hängt davon ab, wie konkret die bereits im Versorgungsvertrag getroffenen Vereinbarungen sind.

### 1.3.6 Wirksamkeitsprüfung im Einzelfall durch den Rehabilitationsträger

Die Leistung wird schließlich im Einzelfall zwischen Leistungsträger, Leistungsberechtigtem und Leistungserbringer konkretisiert. Der Leistungsträger trifft die Entscheidung über die Leistung. Für die Entscheidung im Einzelfall im Rahmen eines kooperativen Verwaltungsverfahrens stehen grundsätzlich alle vertraglich als geeignet zugelassenen Dienste und Einrichtungen zur Auswahl (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB IX).

Die Entscheidung muss danach erfolgen, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführen wird (§ 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX). Diese Geeignetheit im Einzelfall ergibt sich aus dem individuellen Bedarf (§ 33 Satz 1 SGB I, § 10 SGB IX) und den subjektiven Präferenzen (§ 9 Abs. 1 SGB IX) der leistungsberechtigten Person. Die Leistung muss dabei durch bestmögliche Evidenz als erforderlich ausgewiesen sein, die Ziele der individuellen Teilhabe und Selbstbestimmung (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) möglichst zügig, wirksam, wirtschaftlich und nachhaltig (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) zu

erreichen. Die Ausführung der Leistungen selbst muss wirksam und wirtschaftlich erfolgen (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dass die ausgewählte Leistung zur Teilhabe auch im Zusammenwirken mit Leistungen anderer Leistungserbringer, Leistungsträger und Leistungsgruppen dem funktionsbezogenen Bedarf der leistungsberechtigten Person entspricht und die Leistungen möglichst nahtlos ineinander greifen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Im Übrigen haben die Rehabilitationsträger nach § 20 Abs. 1 SGB IX zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen vergleichende Qualitätsanalysen durchzuführen und die Leistungserbringer ein effektives, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten, das nach § 20 Abs. 2a SGB IX zu zertifizieren ist.

#### **1.4 Auswirkung von § 19 SGB IX – Stellung der Vertragspartner**

§ 19 SGB IX – Rehabilitationsdienste und -einrichtungen – ergänzt und konkretisiert die Grundsätze in § 17 SGB IX über die Ausführung von Leistungen. Die Vorschrift regelt in § 19 Abs. 1 SGB IX die regionale Gewährleistung eines qualitativ und quantitativ bedarfsgerechten, ausreichend barrierefreien Angebots an Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen. In § 19 Abs. 4 SGB IX wird die Ausübung des Auswahlermessens der Rehabilitationsträger nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX konkretisiert. § 19 Abs. 5 SGB IX ermöglicht die Förderung von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen durch die Rehabilitationsträger nach dem für sie geltenden Recht. Nach § 19 Abs. 6 SGB IX sollen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung Arbeitsgemeinschaften bilden. § 19 SGB IX ist mithin eine zentrale Norm für die Klärung der Rechtstellung der Vertragspartner eines Rahmenvertrags im Recht der Leistungen zur Teilhabe.

##### **1.4.1 Sicherstellungsauftrag – § 19 Abs. 1 SGB IX**

Nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger gemeinsam – und unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen – dafür verantwortlich, dass die fachlich und regional erforderlichen Leistungserbringer in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dieses ist der Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger.

Die Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen erfordert von den Rehabilitationsträgern Informationen und Gelegenheit zur Stellungnahme, ferner die Auseinandersetzung mit den Inhalten solcher Stellungnahmen. Es besteht jedoch nicht die Notwendigkeit des Einvernehmens. Denn die Beteiligung der Regierungen des Bundes und der Länder an der Bedarfsfeststellung und -planung ermöglicht und erleichtert es diesen, bei Bedarf und unter Berücksichtigung ihrer haushaltsrechtlichen Möglichkeiten – vorrangig vor der in § 19 Abs. 5 SGB IX vorgesehenen Förderung der Rehabilitationsträger – Haushalts- und ähnliche öffentliche Mittel zur Versorgungsstrukturentwicklung und -sicherung einzusetzen.

Außerdem kommt der Bundesregierung und den Landesregierungen die Reserveverantwortung für die Verwirklichung des Sicherstellungsauftrags zu. In ihrer Funktion als oberste Aufsichtsbehörden der Rehabilitationsträger haben sie zu kontrollieren, ob und inwieweit die Rehabilitationsträger ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen. Erfüllen die Rehabilitationsträger ihren Sicherstellungsauftrag nicht, so haben die Aufsichtsbehörden die Rehabilitationsträger dazu anzuhalten. Im äußersten Fall können die Aufsichtsbehörden dann selbst im Wege der Ersatzvornahme (vgl. § 89 Abs. 1 S. 3 SGB IV) den Sicherstellungsauftrag umsetzen.

Sicherstellungsauftrag meint die Zuordnung der Verantwortung für die Entwicklung und für das Vorhandensein der erforderlichen Versorgungsstrukturen für die Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe zu den Rehabilitationsträgern. Der Sicherstellungsauftrag ist eine Konsequenz aus dem Prinzip des sozialen Rechtsstaats. § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX konkretisiert für den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe damit den allgemeinen Sicherstellungsauftrag der Sozialleistungsträger für bedarfsgerechte Dienste und Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und überschneidet sich zum Teil mit dem Gebot der Zusammenarbeit (§ 95 SGB X). Schon im allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs ist in § 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I für jeden einzelnen Sozialleistungsträger normiert, dass er verpflichtet ist, darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Auch § 95 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 i.V.m. § 86 SGB X erteilt den einzelnen Leistungsträgern den Auftrag, gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anzustreben.

Der Sicherstellungsauftrag normiert in erster Linie das zu erreichende Ziel: die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen müssen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Welche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen aber überhaupt erforderlich sind, wie die Zahl und die Qualität als ausreichend zu bemessen sind und wie die Fachlichkeit und regionale Präsenz zu gestalten sind, wird nicht festgelegt. Dieses ist aber konkret aus den Anforderungen abzuleiten, die sich aus Art, Umfang, Qualität und sonstigen Anforderungen an die Leistungen zur Teilhabe ergeben. Hinzu kommt, dass diese Anforderungen den jeweils aktuellen Gegebenheiten und Entwicklungen angepasst werden müssen, so dass der Sicherstellungsauftrag von den Rehabilitationsträgern eine stetige Weiterentwicklung fordert und von den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ein stetiger Wandel erwartet wird. Dafür sind andauernde Informations-, Abwägungs-, Planungs- und Entscheidungsprozesse notwendig. Auch das ist Teil des Sicherstellungsauftrags und damit gemeinsame Aufgabe der Rehabilitationsträger.<sup>11</sup>

Der Sicherstellungsauftrag bedeutet in erster Linie die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Koordination ihrer auf die Infrastruktur bezogenen Aktivitäten.<sup>12</sup> Er hat sowohl eine quantitative als auch qualitative Natur, denn nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX müssen einerseits ausreichend Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stehen, und andererseits müssen diese auch die nötige Qualität aufweisen. Zur Durchsetzung ihres Sicherstellungsauftrags stehen den Rehabilitationsträgern mehrere Instrumente zur Verfügung. Um dem Auftrag aber entsprechen zu können und den erforderlichen Bedarf zu ermitteln, müssen die Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Kooperation und Koordination zunächst eine gemeinsame Einschätzung und Bewertung über die regional und fachlich erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vornehmen und die vorhandenen Angebote an Diensten und Einrichtungen erfassen. Die Rehabilitationsträger können zur Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrags Versorgungsverträge nach § 21 SGB IX abschließen, im Rahmen des Rehabilitationsträger spezifischen Rechts Eigeneinrichtungen schaffen und Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fördern (§ 19 Abs. 5 SGB IX).

---

<sup>11</sup> Vgl. zum Ganzen: Haines in LPK-SGB IX, § 19, Rn. 7.

<sup>12</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 4.



Das am besten geeignete Instrument zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags ist der Abschluss von Rahmenverträgen und individuellen Verträgen nach § 21 SGB IX. Die Rehabilitationsträger können nach § 21 Abs. 2 SGB IX mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Rahmenverträge schließen und sind nach § 21 Abs. 1 SGB IX dazu verpflichtet, Verträge mit den Diensten und Einrichtungen zur Ausführung der Leistungen zu schließen. Hierdurch steht den Rehabilitationsträgern ein differenziertes Instrument zur Verfügung, um sicherzustellen, dass sie für Leistungen zur Teilhabe geeignete Einrichtungen in Anspruch nehmen können.

§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX ist eine objektive Verpflichtung der Rehabilitationsträger, die keinesfalls nur deklaratorische Bedeutung hat. Die Vorschrift stellt – wie auch § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I – eine sozialrechtliche Gewährleistungspflicht dar, die auch aufsichtsrechtlich durchgesetzt werden könnte. Stünden als Folge einer nicht ausreichenden Umsetzung des Sicherstellungsauftrags die erforderlichen Dienste und Einrichtungen nicht zur Verfügung, so würde die Erfüllung der Leistungsansprüche erschwert oder gar vereitelt. Dies könnte sich in Mehrkosten, wie Fahrtkosten und Verlusten an Effektivität und Effizienz, äußern und wäre mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht vereinbar. Regionale Ungleichgewichte könnten dazu führen, dass einerseits behinderte Menschen ihre Familien und Heimatgemeinden verlassen müssen, andererseits aufnehmende Gemeinden überproportional hohe Sozialleistungslasten tragen müssten.

Hinzu kommt, dass das Sicherstellungsgebot auch eine subjektiv-rechtliche Seite hat. Wird die Erfüllung der Leistungsansprüche erschwert oder vereitelt, so ist damit unter Umständen auch ein Schaden für den Leistungsberechtigten verbunden und es kann ein Amtshaftungsanspruch oder Herstellungsanspruch entstehen.<sup>13</sup> Außerdem kann auch ein Anspruch auf Selbstbeschaffung nach § 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX entstehen, wenn sich das Fehlen geeigneter Dienste und Einrichtungen als Systemversagen, also als eine Folge von Unterlassungen bei der Durchführung des Sicherstellungsauftrags, darstellt. Ein subjektiv-öffentliches Recht des Einzelnen besteht nur in diesem mittelbaren Umfang.

#### 1.4.2 Auswahlermessen der Träger – § 19 Abs. 4 SGB IX

Gemäß § 19 Abs. 4 S. 1, 1. HS SGB IX erfolgt die Auswahl bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen durch die Rehabilitationsträger danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Nach § 19 Abs. 4 S. 1, 2. HS SGB IX ist bei der Inanspruchnahme die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten.

§ 19 Abs. 4 SGB IX wirkt auf der letzten Stufe der Inanspruchnahme, er bindet das nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX eingeräumte Auswahlermessen der Rehabilitationsträger im Einzelfall, wenn sie zur Ausführung von Leistungen Dienste oder Einrichtungen in Anspruch nehmen.<sup>14</sup> § 19 Abs. 4 S. 1 SGB IX statuiert, dass die Rehabilitationsträger die Auswahl danach vornehmen sollen, wo die Leistung zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) in der am besten geeigneten Form ausgeführt wird. Vorausgesetzt wird damit, dass die grundsätzliche Geeignetheit der Dienste oder Einrichtungen (in

---

<sup>13</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 8.

<sup>14</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 24.

Versorgungsverträgen) gemäß § 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB IX bereits festgestellt wurde. Bei dieser Auswahlentscheidung des Rehabilitationsträgers im Einzelfall sind die allgemeinen Ziele der Teilhabeleistungen, der Integrationsvorrang für Kinder und Jugendliche, der individuelle Bedarf und die individuellen Verhältnisse, die Wünsche und Präferenzen der Leistungsberechtigten, die Effektivität, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, die geforderte Qualität und der Vorrang der nichtstationären Leistung bei gleicher Effektivität im Einzelfall zu beachten.

Weiterhin haben die Rehabilitationsträger bei der Ausübung ihres Auswahlermessens auch die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen zu beachten. Die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen hat aus sozialrechtlicher Sicht eine dienende Funktion zur Erfüllung der Ziele des Gesetzes (vgl. § 97 Abs. 1 SGB X; § 5 Abs. 3 S. 1 SGB XII). Sie soll dafür sorgen, dass für die Inanspruchnahme im Einzelfall eine möglichst große Vielfalt von Angeboten zur Verfügung steht. Wegen des klaren Wortlauts und dieser dienenden Funktion kann aus § 19 Abs. 4 S. 1, 2. HS SGB IX nicht gefolgert werden, dass Dienste und Einrichtungen bestimmter Träger nach ihrer quantitativen Bedeutung in Anspruch genommen werden müssen.<sup>15</sup> Außerdem kann aus § 19 Abs. 4 SGB IX auch kein Anspruch eines Trägers von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen auf Inanspruchnahme hergeleitet werden.<sup>16</sup>

Trotzdem ist die in § 19 Abs. 1 S. 1, 2. HS SGB IX den Rehabilitationsträgern auferlegte Pflicht zur Beachtung der Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen nicht ohne rechtliche Bedeutung. Durch sie werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, alle geeigneten Träger von Diensten oder Einrichtungen diskriminierungsfrei in die Auswahlentscheidung mit einzubeziehen.<sup>17</sup> Die Rehabilitationsträger sind gerade deshalb berechtigt und verpflichtet, zunächst die oben genannten sachlichen Gründe aus dem Gesetz einschließlich des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit ihrer Entscheidung zugrunde zu legen. Das Argument der Vielfalt der Erbringer kann einer an diesen Zielen orientierten Entscheidung nicht entgegengehalten werden. Des Weiteren steht aber hinter dem Wortlaut („dabei“) von § 19 Abs. 4 SGB IX eine zusätzliche Überlegung. Sind die Träger geeignet, so sollen durch diesen Wortlaut einseitige Entscheidungen verhindert werden. Einseitige Entscheidungen zu Gunsten eines Trägers oder weniger Träger könnten dazu führen, dass andere Träger mangels ausreichender Inanspruchnahme ihre Tätigkeit einstellen. Darunter würde auf Dauer die Vielfalt der Träger leiden. Die hier in § 19 Abs. 1 S. 1, 2. HS SGB IX vorausgesetzte Trägervielfalt ist Teil des Sicherstellungsauftrags („ausreichender Zahl und Qualität der Träger“) der Rehabilitationsträger. Außerdem ist sie notwendige Voraussetzung für das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten, das ohne Trägervielfalt leer liefe. Konsequenz hieraus ist, dass die Rehabilitationsträger gegenüber den Leistungsberechtigten verpflichtet sind, eine transparente Auswahl an Einrichtungen und Diensten zu ermöglichen.<sup>18</sup> Die Beachtung der Trägervielfalt ist also nicht eine für sich alleine stehende Anforderung, sondern sie steht in einem engen Verhältnis zu grundlegenden Pflichten oder Rechten des Teilhaberechts, nämlich dem Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger und dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten.

Soweit eine selektive Auswahl nur einzelner Leistungserbringer mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit begründet würde, wäre festzuhalten: Aus der Rangfolge der Kriterien aus § 19 Abs. 4 S. 1 SGB IX ergibt sich, dass weder die Trägervielfalt noch der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ein Übergewicht

---

<sup>15</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 25.

<sup>16</sup> LSG Thüringen vom 30.01.2004, Az. L 6 RJ 914703 ER.

<sup>17</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 25.

<sup>18</sup> Schütte, NDV 2003, S. 416 (420).

gegenüber der Geeignetheit und Bedarfsgerechtigkeit bekommen können, sondern Ausgleich und Konkordanz zwischen diesen Zielen zu suchen sind. Eine selektive Auswahlpraxis aus Gründen kurzfristiger Wirtschaftlichkeit widerspricht den gesetzlichen Regelungen. Eine solche Bevorzugung einzelner Leistungserbringer würde den Sicherstellungsauftrag gefährden und die Inanspruchnahme sozialer Rechte gefährden. Zudem dient der Erhalt der Leistungserbringervielfalt auch dem langfristigen Wirtschaftsinteresse der Rehabilitationsträger. Folglich haben die Rehabilitationsträger – bei gleich geeigneten Trägern und erst nach der Wertung der sachlichen Gründe – auf eine ausgewogene Inanspruchnahme aller Träger zu achten.<sup>19</sup>

Die Rehabilitationsträger sind nach § 19 Abs. 4 S. 1, 2. HS SGB IX ferner zur Beachtung der Selbständigkeit, des Selbstverständnisses und der Unabhängigkeit der Träger von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen verpflichtet. Diese sind bei gleicher Eignung der Dienste und Einrichtungen als Hilfskriterien vom Rehabilitationsträger im Rahmen seines Auswahlermessens zu beachten. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass die Anforderungen der Rehabilitationsträger sich nur an der Verwirklichung der Ziele des Gesetzes orientieren. Die Autonomie der Leistungserbringer ist aber auch bei der Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen zwischen Rehabilitationsträger und Diensten und Einrichtungen zu beachten.

#### 1.4.3 Förderung von Leistungsanbietern – § 19 Abs. 5 SGB IX

Die Rehabilitationsträger können gemäß § 19 Abs. 5 SGB IX nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fördern, wenn dies zweckmäßig ist, und die Arbeit dieser Dienste und Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann.

Durch die Möglichkeit der Förderung wird den Rehabilitationsträgern ein Instrument zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX an die Hand gegeben. Die Rehabilitationsträger können nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen, etwa nach § 5 Abs. 5 SGB XII, fördern. Eine Förderung ist aber auf der Grundlage von § 19 Abs. 5 SGB IX auch nach dem allgemeinen Haushaltsrecht der Sozialleistungsträger möglich. Eine solche Förderung ist nur nachrangig zum Einsatz vorhandener Eigenmittel, zur Existenzsicherung durch Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und zu bestehenden Förderverpflichtungen der Länder oder Kommunen.<sup>20</sup> Ein Rechtsanspruch der Leistungserbringer auf Förderung wird durch die gesetzliche Vorschrift nicht begründet, wohl aber ein Rechtsanspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über ein Förderbegehren.<sup>21</sup>

Letztlich wird mit § 19 Abs. 5 SGB IX nochmals klargestellt, dass die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zentrale Aufgabe der Rehabilitationsträger ist. So ist die ausreichende Zahl und Qualität der Dienste und Einrichtungen notwendige Voraussetzung zur pflichtgemäßen Erfüllung der sozialen Rechte. Ist diese gefährdet, so können die Rehabilitationsträger Dienste und Einrichtungen fördern.

---

<sup>19</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 26.

<sup>20</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 27.

<sup>21</sup> Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, § 19 SGB IX, Rn. 29.

#### 1.4.4 Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer – § 19 Abs. 6 SGB IX

Nach § 19 Abs. 6 SGB IX sollen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung Arbeitsgemeinschaften bilden. Sinn und Zweck von nach § 19 Abs. 6 SGB IX zu bildenden Arbeitsgemeinschaften ist es erstens, die Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX mitzugestalten: Die Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Bei der Vorbereitung dieser gemeinsamen Empfehlungen durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) werden die nach § 19 Abs. 6 SGB IX gebildeten Arbeitsgemeinschaften beteiligt (vgl. § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der gemeinsamen Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen (vgl. § 20 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Weiterhin ist es Sinn und Zweck von nach § 19 Abs. 6 SGB IX zu bildenden Arbeitsgemeinschaften, Vertragspartner für Rahmenverträge zu sein. Die Rehabilitationsträger können über den Inhalt der Verträge über die Ausführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Rahmenverträge schließen.

Den Arbeitsgemeinschaften von Diensten und Einrichtungen sind zwei unterschiedliche Aufgaben zugewiesen, die auch differenzierende Ausgestaltungen der Arbeitsgemeinschaften nahe legen. Die Arbeitsgemeinschaften zur Qualitätssicherung haben primär fachlich definierte Aufgaben. Hier liegt es nahe, die Eigeneinrichtungen der Rehabilitationsträger einzubeziehen. Die Funktion, Vertragspartner von Rahmenverträgen zu sein, schließt neben der fachlichen Definition geeigneter Leistungen auch Elemente der Interessenvertretung ein. Dabei kann es sinnvoll sein, wenn die Eigeneinrichtungen der Rehabilitationsträger an den Arbeitsgemeinschaften nicht mitwirken, um eine Konfusion von Interessen zu vermeiden.

Nachdem der Sinn und Zweck der Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen somit feststeht, lässt sich erschließen, was mit dem unbestimmten Rechtsbegriff der gleichen Aufgabenstellung gemeint ist. Der Gesetzeswortlaut gibt zwingend vor, dass diese Arbeitsgemeinschaften nur von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung gebildet werden.

Die Rehabilitationsdienste und -einrichtungen haben im Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe die Funktion, die Leistungsansprüche gegen die Rehabilitationsträger erfüllen zu helfen.<sup>22</sup> Der Rehabilitationsträger entscheidet unter vier Möglichkeiten – unter anderem unter Inanspruchnahme von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen –, wie er die Leistung ausführt, und bleibt immer für diese Ausführung verantwortlich (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Die Rehabilitationsdienste und -einrichtungen im SGB IX dienen also der Erfüllung der Aufgaben der Rehabilitationsträger.

Das SGB IX normiert, indem es die Ziele und Leistungen festlegt, folgende Aufgabenstellung verbindlich für alle an der Leistungserbringung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beteiligten Akteure:

---

<sup>22</sup> Fuchs in Bühr/Fuchs/Krauskopf/Ritz, § 17 SGB IX, Rn. 9.

- Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 Satz 1 SGB IX).
- Die Leistungen für diese Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern (§ 4 Abs. 1 SGB IX).
- Zur Erreichung dieser Teilhabeziele werden in vier Leistungsgruppen eingeteilte Leistungen erbracht: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX).

Die spezifischen Ziele und Leistungen der Leistungsgruppen sind in eigenen Kapiteln konkretisiert, da nicht alle Rehabilitationsträger Leistungen aus allen Leistungsgruppen erbringen, und auch die Leistungen an sich eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei Erreichung der gesetzlichen Ziele erfahren und die Leistungsgesetze auch teilweise unterschiedliche Leistungen vorsehen. Aber es gibt zwischen den Leistungsgruppen auch Überschneidungen. Nicht praktikabel wäre demnach, die gleiche Aufgabenstellung gleichzusetzen mit der allen Leistungsgruppen übergeordneten Aufgabenstellung durch §§ 4 Abs. 1 und 1 Abs. 1 SGB IX. Unterscheidet man jedoch nach den verschiedenen Leistungsgruppen, so ist es möglich, zu sagen, dass die Rehabilitationsträger einer Leistungsgruppe, zum Beispiel die für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, eine gleiche Aufgabenstellung haben. Sie haben nämlich die Aufgabe, spezifische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 und 3 SGB IX) zur spezifischen Zielerreichung (§ 26 Abs. 1 SGB IX) zu erbringen. Die gleiche Struktur lässt sich entsprechend in den Kapiteln für die anderen Leistungsgruppen finden.

Somit haben Rehabilitationsträger, die z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen können, und Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die bei der Erbringung solcher Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden, die gleiche Aufgabenstellung. Entsprechendes gilt für die Leistungserbringer der übrigen Leistungsgruppen des § 5 SGB IX. Im Sinne von § 19 Abs. 6 SGB IX sind die Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen somit nach den Leistungsgruppen des § 5 SGB IX zu bilden; soweit erforderlich, können sie auch einen engeren Zuschnitt einnehmen oder sich untergliedern.

Eine Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen nur mit gleicher Aufgabenstellung – also gleicher Leistungsgruppe – entspricht dem vom Gesetzgeber vorgegebenen System und ist zur Erfüllung des Rehabilitations- und Teilhabeauftrags sinnvoll. Dies korrespondiert auch mit dem Sinn und Zweck der Arbeitsgemeinschaften. Sie sollen im Rahmen der durch die jeweilige Leistungsgruppe spezifisch vorgegebenen Inhalte an der Qualitätssicherung mitwirken und durch den Abschluss von Rahmenverträgen für einheitliche Grundsätze in der jeweiligen Leistungsgruppe sorgen.

Im Gesetz ist für die Arbeitsgemeinschaften nach § 19 Abs. 6 SGB IX keine Rechts- und Organisationsform genannt oder vorgesehen. Die Anforderungen an die Organisationsform der Arbeitsgemeinschaften nach § 19 Abs. 6 SGB IX ergeben sich nur aus ihrer jeweiligen Aufgabenstellung. In diesem Fall dienen die Arbeitsgemeinschaften aus Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung dazu, mit den Rehabilitationsträgern Rahmenverträge über die Ausführungen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu schließen. Die Leistungserbringer sind – soweit sie nicht Eigeneinrichtungen der Rehabilitationsträger sind – freie, gemeinnützige oder private Träger von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen. Einen hoheitlichen Kompetenzbereich weist das Gesetz den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer nicht zu. Folglich – und im Gegensatz zu den in § 12 Abs. 2 SGB IX enthaltenen Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger – sind die Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer nach § 19 Abs. 6 SGB IX mit dem Zweck, Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX abzuschließen, Organisationen des privaten Rechts. Da das Gesetz keine Vorgaben für die tatsächliche Organisationsform der Arbeitsgemeinschaften gibt, handelt es sich grundsätzlich um Arbeitsgemeinschaften, die bei Fehlen weiterer Vereinbarungen die Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (§ 705 BGB) hätten, aber auch in der Rechtsform eines Vereins konstituiert werden könnten. In der Regel sind privatrechtliche Arbeitsgemeinschaften Gesellschaften bürgerlichen Rechts.

Für den Abschluss eines Rahmenvertrags nach § 21 Abs. 2 SGB IX bedeutet dies, dass die Arbeitsgemeinschaften hinreichend viele Einrichtungen und Dienste organisieren müssen, um dem Ziel einheitlicher Standards näher zu kommen, und eine hinreichende Struktur haben müssen, um ihre Mitglieder an die rahmenvertraglichen Vereinbarungen binden zu können, damit das Ziel der Norm erreicht werden kann. Würden sich die bestehenden Spitzenverbände der Leistungserbringer einer Leistungsgruppe als Arbeitsgemeinschaft konstituieren und diesen Anforderungen entsprechen, so wäre dem Gesetz Genüge getan.

### **1.5 Bedeutung und Auswirkung von gemeinsamen Empfehlungen**

Gemäß § 21 Abs. 2 SGB IX können die Rehabilitationsträger über den Inhalt der Verträge nach § 21 Abs. 1 SGB IX gemeinsame Empfehlungen nach § 13 SGB IX vereinbaren. Im Ergebnis binden sich die Rehabilitationsträger durch gemeinsame Empfehlungen als rechtmäßige Konkretisierung des Gesetzes in erster Linie in ihrer eigenen Rechtsanwendung und Ermessensausübung. Eine Wirkung für die Leistungsempfänger kann sich erst über den allgemeinen Gleichheitssatz und die Selbstbindung der Verwaltung entfalten, wenn diese ihren daraus resultierenden Anspruch auf gleichmäßige Rechtsanwendung und Ermessensausübung geltend machen.

Auch für die Leistungserbringer im Recht der Leistungen zur Teilhabe ergibt sich nichts anderes. Auch ihnen steht aus dem allgemeinen Gleichheitssatz und der Selbstbindung der Verwaltung ein Anspruch auf gleichmäßige Rechtsanwendung und Ermessensausübung zu. Außerdem wirkt sich für die Leistungserbringer zusätzlich der Gesetzesvorbehalt für Eingriffe in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) schützend aus. Sollte eine gemeinsame Empfehlung nach § 21 Abs. 2 SGB IX über die Verträge mit den Leistungserbringern durch die Rehabilitationsträger vereinbart werden, so muss diese dem Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe entsprechen und kann keine eigenständigen Eingriffe in die unternehmerische Freiheit enthalten. Dies gilt ebenso für die gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX. Die darin enthaltenen Vorgaben an die Leistungserbringer können nur

insoweit binden, als sie das Gesetz konkretisieren. Darüber hinausgehende Bindungen sind im Rahmen gemeinsamer Verantwortung in Verträgen nach § 21 SGB IX zu vereinbaren.

Gemeinsame Empfehlungen nach § 21 Abs. 2 SGB IX könnten somit Aussagen insbesondere über die Struktur von Verträgen nach § 21 Abs. 1 SGB IX und über die Umsetzung des gemeinsamen Leistungs- und Verfahrensrechts in solche Verträge enthalten. Sie können jedoch keine Bindungswirkung entfalten, wenn die Vorgaben in die Berufsfreiheit der Leistungserbringer eingreifen. Beschränkungen des Zugangs zur Leistungserbringung können als subjektive Berufswahlregelungen nur per Gesetz geregelt werden. Gemeinsame Empfehlungen, die das Recht auf Vereinbarung von angemessenen Vergütungen einschränken, wären Berufsausübungsregelungen, die so wesentlich wären, dass sie ebenfalls nur per Gesetz geregelt werden könnten.

## **1.6 Vorgaben für die Verträge nach § 21 Abs. 1 SGB IX**

Gemäß § 21 Abs. 1 SGB IX müssen die Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen (§ 19 SGB IX), die nicht von den Rehabilitationsträgern selbst betrieben werden, bestimmte Anforderungen enthalten. Der Geltungsbereich dieser Norm bezieht sich auf alle Fälle der Inanspruchnahme geeigneter Rehabilitationsdienste und -einrichtungen für die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB IX). In § 21 Abs. 1 Nr.1-5 SGB IX werden gesetzliche Anforderungen an den Inhalt der Verträge formuliert.

Die meisten der in § 21 Abs. 1 SGB IX genannten Anforderungen müssen gemäß § 21 Abs. 4 SGB IX entsprechend auch gegenüber den eigenen Einrichtungen, also bei einer Ausführung von Leistungen zur Teilhabe durch Leistungsträger selbst (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX) angewendet und eingehalten werden. § 21 Abs. 4 SGB IX bedeutet aber nicht, dass auch mit eigenen Einrichtungen der Rehabilitationsträger Verträge geschlossen werden müssen, sondern soll die notwendige Einheitlichkeit der Bedingungen der Leistungserbringung herstellen, die Vorbedingung ist für eine ermessensfehlerfreie Entscheidung über die Leistungserbringung im Einzelfall nach Kriterien der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 17 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

### **1.6.1 Übernahme von Grundsätzen zur Vereinbarung von Vergütungen**

Gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX enthalten die Verträge insbesondere die Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen. Diese Norm setzt voraus, dass solche Grundsätze „der“ Rehabilitationsträger bestehen, also nicht nur Grundsätze eines oder mehrerer, sondern aller Rehabilitationsträger gemeinsam. Zweck einer solchen Vereinheitlichung von Vergütungsgrundsätzen ist es, die Konvergenzziele des SGB IX, insbesondere die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und die Gleichmäßigkeit der Leistungen (§§ 4 Abs. 2 Satz 2, 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) sicherzustellen. Unterschiedliche Vergütungsgrundsätze können zu unerwünschten Effekten und Anreizen in der Leistungserbringung führen, indem etwa Entscheidungen über Einleitung, Dauer und Fortsetzung von Leistungen zur Teilhabe von Vergütungserwartungen und -strukturen statt von fachlichen Erwägungen mitbestimmt werden. Einheitliche Grundsätze der Vergütung sollen weiterhin bewirken, dass ein Wettbewerb der Leistungserbringer über zügige, wirksame, wirtschaftliche und nachhaltige Ausführung der Leistungen geführt werden kann, ein Wettbewerb also nicht alleine um niedrige Vergütungssätze.

Gemeinsame Grundsätze der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen können nach § 21 Abs. 2 SGB IX durch gemeinsame Empfehlungen und durch Rahmenverträge zustande kommen. Beide Möglichkeiten schließen sich nicht aus. Sie ermöglichen aber unterschiedliche Grade der Vereinheitlichung und Konkretisierung. Da Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen wesentliche Regelungen der Berufsausübung sind, unterfallen sie zu einem erheblichen Teil dem Gesetzesvorbehalt. Vergütungssysteme, die erheblich auf die Art und Weise der Berufsausübung rückwirken, bedürfen einer gesetzlichen Regelung. Da eine solche gesetzliche Vorgabe für die Art der zu vereinbarenden Vergütungen im Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe fehlt, können gemeinsame Empfehlungen nach §§ 21 Abs. 2, 13 SGB IX nur in einer Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben bestehen, während rahmenvertragliche Regelungen mit den Arbeitsgemeinschaften der Dienste und Einrichtungen präzisere Bindungen bewirken können.

Im Rahmen der hoheitlich gesetzten Vorgaben für Leistungen zur Teilhabe sollen also die „Marktbeteiligten“, Rehabilitationsträger und Leistungserbringer, eine Vergütung vereinbaren.<sup>23</sup> Eine entscheidende Frage ist die Art und Weise der Vergütung. Hierfür ist zuerst zu klären, was der Gesetzgeber an indisponiblen Regelungen bereits vorgegeben hat, um dann feststellen zu können, ob und wie gesetzlich gesetzte Freiräume durch die Vertragspartner des Rahmenvertrags vertraglich gefüllt werden können.

Das Leistungserbringungsrecht für die Leistungen zur Teilhabe gibt verbindlich für alle Rehabilitationsträger in § 19 Abs. 4 S. 2 i. V. m. § 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB IX vor, dass, wenn Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen in Anspruch nehmen, diese die Leistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführen. Dieser Grundsatz ist in Rahmenverträgen, Versorgungsverträgen und Einzelverträgen zu übernehmen. Allerdings haben die Rehabilitationsdienste und -einrichtungen aber auch ein Recht auf angemessene Vergütung. Diese beiden Prinzipien können in einem Spannungsfeld stehen. Es gilt, bei Vereinbarungen über die Leistungserbringung mehrere gesetzliche Ziele zu realisieren. Einerseits muss eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse gewährleistet werden (Sicherstellungsauftrag und Wirtschaftlichkeitsgebot) und andererseits muss für eine angemessene Vergütung der erbrachten Leistungen Sorge getragen werden (angemessene Vergütung). Dafür müssen diese Ziele im Rahmen des vom Gesetz im Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe vorgesehenen Vertragsverfahren (§ 21 SGB IX) zu einem möglichst schonenden Ausgleich gebracht werden.

Hinzu kommt, dass § 10 Abs. 1 S. 3 SGB IX den Rehabilitationsträgern ausdrücklich auferlegt, durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf zu sichern und zu gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt. Eine wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen kann es also nur dann geben, wenn die Leistungserbringer unter der Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eine angemessene Vergütung erhalten.

---

<sup>23</sup> Vgl. Igl in: Pflegeversicherung auf dem Prüfstand, 2000, S. 29 (49).



Es ist mithin notwendig, die unbestimmten Rechtsbegriffe „Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ sowie „angemessene Vergütung“ zu konkretisieren, um danach bestimmen zu können, wo die vom Gesetzgeber gezogenen Grenzen für Vergütungsvereinbarungen liegen.

#### a) Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit

Der Inhalt des Gebots der Wirtschaftlichkeit – das Sparsamkeitsgebot ist daneben ohne eigenständige Bedeutung – ist mit einer notwendigen Differenzierung zwischen dem Minimal- und Maximalprinzip zu umschreiben. Maximalprinzip bedeutet, dass bei gegebenen Mitteln der größtmögliche Nutzen zu erzielen ist. Minimalprinzip meint, dass ein bestimmter Zweck mit geringstmöglichen Mitteln zu erreichen ist.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sozialrecht ist umschrieben durch das Minimalprinzip: Die gesetzlichen Ziele und Erfolge sind mit möglichst geringem Kostenaufwand zu erreichen. Konsequenz ist, dass das Ziel somit grundsätzlich außerhalb der Wirtschaftlichkeitsrechnung steht. Gesetzlich vorgegebene Ziele und Leistungen können nicht unter Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot verkleinert oder relativiert werden. Auch die Budgetierungen des Renten- und Krankenversicherungsrechts und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität der Krankenversicherung vermögen nicht mindernd oder einschränkend auf dieses Prinzip in dem Recht der Leistungen zur Teilhabe zu wirken. Es bleibt dem Gesetzgeber überlassen, in den verfassungsmäßigen Grenzen die Ziele und Leistungen im Recht der Teilhabe zu verändern, um so eine Reduzierung der Kosten zu erreichen.

#### b) Angemessene Vergütung

Gemäß §§ 19 Abs. 4 S. 2 i.V.m. 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB IX sind die Leistungen zur Teilhabe von den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen insbesondere zu angemessenen Vergütungsätzen auszuführen. Angemessene Vergütung ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Gehalt durch Auslegung zu ermitteln ist.

Angemessene Vergütung bedeutet im Recht der Leistungen zur Teilhabe, dass den Vergütungsregelungen als Berufsausübungsregelung im Sinne von Art. 12 Abs. 1 GG vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls zugrunde liegen müssen, sie daher auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung tragen müssen und nicht existenzbedrohend niedrig sein dürfen. Ein von den Rehabilitationsträgern diktiert Preis entspräche nicht dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.<sup>24</sup> Ein frei auszuhandelnder „Marktpreis“ kommt aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Leistungserbringungsstruktur ebenfalls nicht in Betracht. Der Wettbewerb und damit ein spezifisch sozialrechtlicher „Marktpreis“ entstehen durch den regulierten Wettbewerb um die beste Geeignetheit der Leistungserbringer zueinander.

#### c) Ermittlung der angemessenen Vergütung

Nachdem die grundlegenden verfassungs- und einfachrechtlichen Eckpunkte für Vergütungsvereinbarungen feststehen, ist zu klären, welche weiteren einfachgesetzlichen Anforderungen die Frage der angemessenen leistungsbezogenen Vergütung konkretisieren können.

---

<sup>24</sup>Kunze/Kreikebohm, SGB 2006, S. 284 (288).

Eine Vergütung kann nur dann angemessen und leistungsbezogen sein, wenn sie an den Vorgaben orientiert ist, welche das SGB IX an die Leistung selber stellt. Im Sinne des SGB IX ist demnach die Leistung angemessen zu vergüten, die im Rahmen der funktionsbezogen und qualitätsgesichert ausgeführten Leistung (§§ 10, 17, 20 SGB IX) entsprechend dem individuellen Rehabilitationsbedarf erforderlich ist, um die Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) wirtschaftlich zu erreichen. Hieraus ergibt sich keine rechtlich ermittelbare „richtige“ Vergütung, sondern ein Rahmen für deren Aushandlung in dem nach § 21 SGB IX vorgezeichneten Verfahren. Dies bedeutet, dass die Rehabilitationsträger in diesem Rahmen Grundsätze für die Vergütung aufstellen und vereinheitlichen und in Rahmenverträgen mit den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer vereinbaren, damit auf dieser Basis Vergütungen in den einzelvertraglichen Beziehungen zwischen den Diensten und Einrichtungen und den Rehabilitationsträgern vereinbart werden können.

Zur Ermittlung der angemessenen Vergütung ist es notwendig, dass der Leistungserbringer dem Leistungsträger die in diesem Sinne leistungsbezogenen aussagefähigen Unterlagen vorlegt.<sup>25</sup> Aussagefähige Unterlagen sind dabei all die Unterlagen, die einen Bezug zur funktionsbezogen und qualitätsgesichert wirtschaftlich und wirksam ausgeführten Leistung (§§ 10, 17, 20 SGB IX) aufweisen und dem individuellen Rehabilitationsbedarf entsprechend erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) zu erreichen. Betriebliche Daten der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen gehören nicht dazu, es sei denn der Rehabilitationsträger kann begründet darlegen, inwieweit diese betrieblichen Daten Auswirkungen auf die Leistung, also eine im Einzelfall besondere leistungsbezogene und damit vergütungsbezogene Relevanz, aufweisen.

#### d) Vergütungssystem

Die Orientierung an den gesetzlichen Zielen, und somit der Leistungsbezug, ist die gesetzliche Voraussetzung für spezielle Vergütungssysteme. Nach der Begründung zu § 19 Abs. 4 Satz 2 SGB IX haben die Rehabilitationsträger ein leistungsbezogenes Vergütungssystem anzustreben.<sup>26</sup> Es bleibt danach den fachlich versierten „Leistungsbeteiligten“ überlassen, unter Beachtung der gesetzlich vorgegebenen Rahmenordnung ein Vergütungssystem zu vereinbaren. Vergütungen können dabei etwa als tagesgleicher Pflegesatz, Einzelleistungsvergütung, Komplexleistungsvergütung, Monats- oder Jahresbudget vereinbart werden.

#### 1.6.2 Qualitätsanforderungen

§ 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX soll sicherstellen, dass nur solche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in Anspruch genommen werden, die den sich aus § 20 SGB IX ergebenden Qualitätsforderungen genügen.<sup>27</sup> Die Pflicht, Qualitätsanforderungen in den Verträgen festzuschreiben (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX), hängt eng mit der Regelung über die Qualitätssicherung und -entwicklung in § 20 SGB IX zusammen. Die Rehabilitationsträger haben auf der Grundlage von § 20 Abs. 1 SGB IX die Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung vom 27. März 2003 vereinbart.

Diese Normen basieren auf einem System der Aufgaben- und Verantwortungsteilung in Qualitätsfragen.

---

<sup>25</sup> Kunze/Kreikebohm, SGB 2006, S. 284 (288).

<sup>26</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 105.

<sup>27</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 104 f.

Die grundlegenden Entscheidungen über Ziele und Verfahren der Leistungen zur Teilhabe (§§ 1, 4 Abs. 1, 9 Abs. 1, 10 Abs. 1 SGB IX) definieren Grundlagen der Ergebnisqualität.<sup>28</sup> Qualitätssicherung und -entwicklung bedeutet, die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben zu garantieren und zu optimieren. Die Rehabilitationsträger sind dabei dafür verantwortlich, die zu erbringende und zu entwickelnde Qualität der Leistungen näher zu definieren und die Entwicklung und Umsetzung von über die einzelnen Einrichtungen hinausweisenden Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung zu ermöglichen und zu fördern. Hierzu gehören insbesondere vergleichende Qualitätsanalysen (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) auf der Grundlage bestmöglicher Evidenz über die erreichbare Ergebnisqualität. Es gehört zu der dem SGB IX vorausgesetzten eigenen Verantwortung der Rehabilitationsträger, entsprechende Daten zu sammeln und aufzubereiten und wissenschaftliche Studien zu beobachten und, falls erforderlich, auch anzuregen und zu fördern.

Die Verantwortung der Leistungserbringer ist in § 20 Abs. 2 SGB IX definiert. Sie müssen ein Qualitätsmanagement sicherstellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und systematisch verbessert. Dabei bezieht sich die Verantwortung der einzelnen Einrichtungen primär auf die notwendige Struktur- und Prozessqualität, um die von den Rehabilitationsträgern zu definierende Ergebnisqualität zu erreichen. Einzelheiten dieser vom Gesetz vorgegebenen und in der Sache notwendigen Verantwortungsteilung sind den vertraglichen und rahmenvertraglichen Vereinbarungen nach § 21 SGB IX überlassen und können nur auf diesem kooperativen Wege angemessen geklärt werden. Mindestgegenstand dieser Regelungen sind die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste, also auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität. Sinnvoll regelbar ist zudem die Verzahnung der Ebenen von Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement und für die Zuordnung der Kosten entsprechender Maßnahmen.

### 1.6.3 Rechte der Teilnehmer an Leistungen/Nutzer

Die Verträge sollen auch Regelungen über die Mitwirkungsmöglichkeiten sowie Rechte und Pflichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer enthalten, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht (§ 21 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX). Als Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind die Leistungsberechtigten zu verstehen, die in einer Einrichtung oder durch einen Dienst Leistungen zur Teilhabe erhalten. Mit Rechten und Pflichten ist vor allem die Ausgestaltung des Rechtsverhältnisses zwischen Leistungsberechtigten gemeint. Hierzu gehören etwa Beschwerderechte und das Recht zur vorzeitigen Beendigung. Mitwirkungsmöglichkeiten sind darüber hinaus Gestaltungsmöglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe. Gesetzliche Leitlinie hierfür ist, dass Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen und ihre Selbstbestimmung fördern müssen (§ 9 Abs. 3 SGB IX). Dieser gesetzliche Standard macht deutlich, dass die Leistungsziele Teilhabe und Selbstbestimmung (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) auch das Verhältnis zwischen Leistungsberechtigten und Leistungserbringern strukturieren.

---

<sup>28</sup> Vgl. Felix Welti, Rechtlicher Rahmen der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, ZSR 2002, S. 460, 467.

Die Mitwirkungspflichten nach §§ 60-64 SGB I gelten zunächst nur im Verhältnis zwischen Leistungsträgern und Leistungsberechtigten. Sie finden zudem ihre Grenze in der Freiwilligkeit der Leistungen (§ 9 Abs. 4 SGB IX). Pflichten der Leistungsberechtigten gegenüber den Leistungserbringern können also nur insofern vereinbart werden, als sie notwendig sind, um die Leistungserbringung zu ermöglichen und auszugestalten. Hierzu gehört etwa die Ausgestaltung der Hausordnung.

#### 1.6.4 Geheimhaltung von personenbezogenen Daten

Die Verträge zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern müssen Regelungen über die Geheimhaltung personenbezogener Daten enthalten (§ 21 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX). Damit ist sicherzustellen, dass das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) für alle Daten gewahrt wird, welche die Leistungsträger von den Leistungsberechtigten über sie erhoben haben und die im Zuge der Leistungserbringung und -planung, insbesondere nach § 10 SGB IX, den Leistungserbringern mitgeteilt werden. Ebenso sind Regelungen über das Sozialgeheimnis in Bezug auf die Daten zu treffen, welche die Leistungserbringer im Rahmen ihrer Tätigkeit erstmalig erheben. Verstärkt wird dies in Bezug auf gesundheitsbezogene Daten durch die Regelungen über die ärztliche Schweigepflicht. Schließlich ist im Umgang mit Leistungsberechtigten und ihren Arbeitgebern zu beachten, dass auch deren Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Sozialdaten gleichstehen (§ 35 Abs. 4 SGB I).

#### 1.6.5 Behinderte Frauen

In den Verträgen sind Regelungen über die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, besonders schwerbehinderter Frauen vorzunehmen (§ 21 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX). Diese Regelung hat verschiedene Zielrichtungen. Sie soll gewährleisten, dass den durch das Geschlecht bedingten besonderen Interessen von Frauen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen in der Leistungserbringung Rechnung getragen werden kann (§§ 1 Satz 2, 9 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Hierzu können Frauen als Ansprechpartnerinnen und Therapeutinnen unverzichtbar sein, zumal Frauen in bestimmten persönlichen Situationen und Kontexten einen Anspruch auf Behandlung und Betreuung durch Frauen haben können oder dies – etwa bei schwerer Pflegebedürftigkeit, traumatischen oder psychischen Erkrankungen – fachlich indiziert sein kann. Behinderte Frauen können dabei ein besonderes Einfühlungsvermögen für die Situation behinderter Rehabilitandinnen haben. Eine weitere Zielrichtung der Norm ist, dass die Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation in besonderem Maße für die Erfüllung der Pflichtquote schwerbehinderter Frauen (§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) an der Gesamtzahl der Beschäftigten in Anspruch genommen werden.

#### 1.6.6 Kindeswohlgefährdung

Mit Wirkung zum 01.01.2012 wurde § 21 Abs. 1 SGB IX um eine weitere Regelung (Nr. 7) ergänzt, wonach die Verträge Regelungen enthalten über „das Angebot, Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Anspruch zu nehmen“.

#### 1.6.7 Andere – nicht explizit erwähnte – Anforderungen

Die in § 21 Abs. 1 SGB IX genannten Regelungsgegenstände sind („insbesondere“) kein abschließender Katalog. Weitere Regelungsgegenstände können daher von den Vertragspartnern bestimmt werden.

Diese ergeben sich insbesondere aus der gemeinsamen Verantwortung von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern für die funktions- und bedarfsgerechte Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe.

### **1.7 Rahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 S. 1, 2. HS SGB IX**

Gemäß § 21 Abs. 2 S. 1, 2. HS SGB IX können die Rehabilitationsträger über den Inhalt der Verträge, deren inhaltliche Mindestanforderungen katalogartig in § 21 Abs. 1 SGB IX vorgegeben sind, gemeinsame Empfehlungen sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vereinbaren.

#### **1.7.1 Vertragspartner**

Als Vertragspartner eines Rahmenvertrags hat der Gesetzgeber durch den Wortlaut „die“ Rehabilitationsträger und „die“ Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vorgegeben. Der Begriff der Arbeitsgemeinschaft bezieht sich auf Arbeitsgemeinschaften im Sinne von § 19 Abs. 6 SGB IX, ohne aber festzulegen, dass diese mit den Arbeitsgemeinschaften zur Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX identisch sein müssen. Arbeitsgemeinschaften können und sollen vielmehr zum Zweck des Vertragsabschlusses nach § 21 Abs. 2 SGB IX konstituiert werden. Damit strebt der Gesetzgeber an, dass bestimmte Rehabilitationsdienste und -einrichtungen dem Rehabilitationsträger oder den Trägern „einheitlich“ in Form einer gebündelten Spitzeninteressenvertretung, nämlich als Arbeitsgemeinschaft von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung, gegenüberreten. Vermieden werden soll, dass es in einem Leistungsbereich zu konkurrierenden Rahmenverträgen kommt.

Auf der Seite der Rehabilitationsträger könnte die Formulierung „die Rehabilitationsträger“ die Auslegung nahe legen, dass ein Rahmenvertrag von allen Rehabilitationsträgern bzw. jedenfalls von allen in einem Leistungsbereich tätigen Rehabilitationsträgern geschlossen werden müsste. Ein solches Verständnis ist jedoch nicht zwingend. Im SGB IX verpflichtet der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger auch an anderer Stelle zu gemeinsamem Handeln, insbesondere dort, wo die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen vorgeschrieben wird. Die entsprechenden Normen sind wesentlich detaillierter, nennen die jeweils zu beteiligenden Rehabilitationsträger genauer und beschreiben ein Verfahren. In § 21 Abs. 2 SGB IX hat der Gesetzgeber auf eine entsprechende Regelungsdichte verzichtet. Daraus kann auf eine größere Offenheit dafür geschlossen werden, welche Rehabilitationsträger mit welchen Arbeitsgemeinschaften Rahmenverträge schließen. Die nach dem Wortlaut mögliche Auslegung, dass alle Rehabilitationsträger gemeinsam alle Rahmenverträge schließen müssten, scheidet vernünftigerweise aus, da dann auch Rehabilitationsträger an Verträgen über Leistungen außerhalb ihrer Leistungsgruppe beteiligt wären, für die ihnen jedoch Zuständigkeit und Kompetenz fehlen. Die Offenheit findet ihre Grenze wiederum dort, wo das Vereinheitlichungsziel des SGB IX durch konkurrierende Rahmenverträge über gleichartige Leistungen infrage gestellt wäre. Ein solches Ergebnis ist mit dem SGB IX erkennbar nicht gewollt. Dem Koordinations- und Konvergenzziel des SGB IX entspricht es auch am Besten, wenn sich die Rehabilitationsträger beim Abschluss von Rahmenverträgen durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen. Vorgeschrieben ist dies jedoch nicht.

Damit das gesetzgeberische Ziel erreicht werden kann, ist es auch nötig, dass Rehabilitationsträger und Arbeitsgemeinschaften, die noch keinen Rahmenvertrag vereinbart haben, bereits geschlossenen Rahmenverträgen beitreten können, um so zu einer wirkungsvollen, Träger, Dienste und Einrichtungen übergreifenden Abstimmung zu kommen.

### 1.7.2 Rechtsnatur

Im Hinblick auf die Rechtsnatur des Rahmenvertrags nach § 21 Abs. 2 SGB IX ist schon aufgrund der relativ unbestimmten Vertragspartner und der relativen Vereinbarungsfreiheit festzuhalten, dass dieser keine mit unmittelbarer Rechtswirkung ausgestattete untergesetzliche Rechtsquelle wie die Bundesmantel- oder Gesamtverträge ist. Ein Rahmenvertrag könnte daher eine so geringe Verbindlichkeit haben wie Rahmenempfehlungen oder gemeinsame Empfehlungen. Auch der Vergleich mit Rahmenvertragsregelungen in anderen Sozialgesetzbüchern zeigt, dass der Gesetzgeber für Rahmenverträge im Recht der Rehabilitation und Teilhabe Verbindlichkeit gesetzlich nicht vorschreibt. Er stellt dies in das Ermessen der Rehabilitationsträger und in die Entscheidungsfreiheit der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, überlässt es somit den an der Leistungsausführung beteiligten Akteuren, dem Instrument selber Wirkung zu geben. Die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer können Rahmenverträge mit einer gewissen Verbindlichkeit ausstatten. Sie können den Rahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 S. 1, 2. HS SGB IX also den Charakter einer Empfehlung zuweisen oder den Charakter eines quasi rahmenartigen Gesamtvertrags.

Der Rahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 S. 1, 2. HS SGB IX ist im Übrigen seinem gesamten Gepräge nach als koordinationsrechtlicher öffentlich-rechtlicher Vertrag nach § 53 Abs. 1 S. 1 SGB X einzustufen.

## 1.8 Wirtschaftsrechtlicher Rahmen

Bei der Leistungserbringung im Recht der Teilhabe durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen gibt der Gesetzgeber durch das Leistungserbringungsrecht einen sozialrechtlichen Rahmen für das wirtschaftliche Geschehen vor. So normiert er ein Inanspruchnahmeverfahren, in dem die Rehabilitationsträger und die Rehabilitationsdienste und -einrichtungen verschiedene Verträge miteinander vereinbaren müssen. Alle geeigneten Rehabilitationsdienste und -einrichtungen müssen im Inanspruchnahmeverfahren berücksichtigt werden. Außerdem gibt er unter anderem Kriterien zur Auswahl der Leistungserbringer durch die Rehabilitationsträger vor. Der Gesetzgeber normiert also sozialrechtliche Regelungen, die den „Wettbewerb“ und das Vergeben von Leistungen im Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe regeln sollen. Das spezielle sozialrechtliche Leistungserbringungsrecht regelt also bereits Fragen des Wettbewerbs und der Vergabe. Das europäische und nationale Wettbewerbs- und Kartellrecht sind insoweit nicht anwendbar. Auch das europäische und deutsche Vergaberecht sind nicht anzuwenden. Gleiches gilt für die Vergabegrundsätze aus Haushaltsordnungen.

Die Nichtanwendbarkeit von Wettbewerbs- und Vergaberecht beruht nach deutschem und europäischem Recht auf der Voraussetzung, dass bereits das Leistungserbringungsrecht des SGB IX einen angemessenen Wettbewerbsrahmen vorgibt, der allen geeigneten Leistungserbringern Chancen auf Berücksichtigung gibt, und in dem die Rehabilitationsträger als grundrechts- und gesetzgebundene

öffentliche Körperschaften die Leistungserbringung organisieren.<sup>29</sup> Würde das Leistungserbringungsrecht des SGB IX so angewandt, dass sich die Rehabilitationsträger als freie Marktteilnehmer gerieren, denen insbesondere das Recht auf selektiven Vertragsabschluss und Nichtberücksichtigung geeigneter Dienste und Einrichtungen zustünde, ohne dass hierfür eine gesetzliche Grundlage bestünde, so müssten nach den Vorgaben des europäischen und der Systematik des deutschen Rechts Wettbewerbs- und Vergaberecht angewandt werden.

## 2. Leistungserbringungsrecht des SGB XII

Das Leistungserbringungsrecht des SGB XII wird geregelt durch die Vorschriften des Zehnten Kapitels (§§ 75 ff. SGB XII). Sie sind immer dann einschlägig, wenn der Sozialhilfeträger Leistungen der Sozialhilfe nach dem Sechsten bis Neunten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Hilfe in anderen Lebenslagen) nicht selbst als Sachleistungen durch eigene Einrichtungen und Dienste erbringt, sondern Einrichtungen und Dienste anderer Träger diese Leistungen erbringen. Die zentrale Vorschrift des § 75 SGB XII schreibt für den Geltungsbereich des SGB XII das prospektive Entgeltsystem fort, das bereits unter der Geltung des BSHG eingeführt worden war.

### 2.1 Das sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis

Es gibt zwei Grundstrukturen der Erbringung sozialer Dienstleistungen: Die direkte Leistungsgewährung durch einen Sozialleistungsträger und die Erbringung auf Kosten des Leistungsträgers durch einen Dritten im sogenannten Dreiecksverhältnis.

Für das Verständnis des Leistungserbringungsrechts nach dem SGB XII ist die Konstruktion des sogenannten sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnisses von zentraler Bedeutung.<sup>30</sup> Es beschreibt die wechselseitigen und unterschiedlichen Rechtsbeziehungen zwischen dem Leistungsberechtigten, dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer:

- Die erste Seite des Dreiecks betrifft das Rechtsverhältnis zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungsträger, dem Träger der Sozialhilfe. Maßgebend ist insoweit das Leistungsrecht des SGB XII, das dem Leistungsberechtigten nach § 17 SGB XII einen Rechtsanspruch auf Hilfe gegenüber dem Träger der Sozialhilfe einräumt. Dieser Anspruch des Leistungsberechtigten ist nicht auf eine Sachleistung des Trägers der Sozialhilfe, sondern auf die Gewährleistung des Vorhandenseins von Diensten und Einrichtungen und auf Vergütungsübernahme – vom BSG als Schuldbeitritt angesehen<sup>31</sup> – bei deren Inanspruchnahme gerichtet.
- Die zweite Seite des Dreiecks, die Rechtsbeziehung zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer (Einrichtungsträger), wird durch die Vorschrift des § 75 SGB XII geregelt. Diese Seite des Dreiecks strahlt auf das Verhältnis zwischen dem Träger der Sozialhilfe und dem Leistungsberechtigten

---

<sup>29</sup> Welti, Vergabe im Bereich der Rehabilitation, SDSRV 60 (2011), 93-110.

<sup>30</sup> Grundlegend insoweit: BSG v. 28.10.2008, B 8 SO 22/07 R, BSGE 102, 1 = FEVS 60, 481.

<sup>31</sup> BSG v. 18.3.2014, B 8 SF 2/13 R, SozR 4-3500 § 75 Nr. 3.

in der Weise aus, dass Letzterer die Übernahme der Vergütung grundsätzlich (vgl. § 75 Abs. 4 SGB XII) nur beanspruchen kann, wenn zwischen dem Träger der Sozialhilfe und dem Einrichtungsträger eine vertragliche Beziehung nach Maßgabe des § 75 Abs. 3 SGB XII besteht.

- Die dritte Seite des Dreiecks versinnbildlicht die Beziehung zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer. Zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Einrichtungsträger besteht regelmäßig ein privatrechtlicher Vertrag (Hauptanwendungsfall: Heimvertrag nach dem WBVG), der auf der einen Seite die von der Einrichtung zu erbringenden Wohn-, Betreuungs- und Hilfeleistungen, auf der anderen Seite das vom Leistungsberechtigten zu entrichtende Entgelt regelt. Die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer wirken auf die Beziehung des Leistungsberechtigten zum Leistungserbringer in der Weise zurück, dass beide einen Anspruch auf Anpassung des zwischen ihnen bestehenden Vertrages haben, wenn die in diesem vereinbarten Leistungen und Entgelte der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII nicht entsprechen.<sup>32</sup>

Aus diesen wechselseitigen und unterschiedlichen Rechtsbeziehungen folgt: Einen Anspruch auf Übernahme der Vergütung, d. h. auf Bezahlung des mit dem Leistungserbringer vereinbarten Entgelts durch den Träger der Sozialhilfe hat der Leistungsberechtigte grundsätzlich nur, wenn einerseits vertragliche Beziehungen zwischen dem Träger der Sozialhilfe und dem Einrichtungsträger bestehen und andererseits dem Leistungsberechtigten gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ein diesbezüglicher Rechtsanspruch (§ 17 i. V. m. § 9 Abs. 2 SGB XII) auf Hilfe zusteht. Über diesen Anspruch entscheidet der Sozialhilfeträger durch Verwaltungsakt.<sup>33</sup>

Durch § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII ist das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten im Regelfall („sollen“) auf Leistungen in und durch Einrichtungen beschränkt, mit denen ein Leistungserbringungsvertrag des Trägers der Sozialhilfe besteht. Dies wird jedoch relativiert durch die Regelung in § 75 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB XII, wonach eine Leistung auch durch eine Nicht-Vertragseinrichtung erbracht werden kann, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalls geboten ist und das Leistungsangebot die Voraussetzungen von § 76 SGB XII erfüllt. Das dem Träger der Sozialhilfe eingeräumte Ermessen ist jedoch gebunden, so dass bei richtiger Anwendung der Träger der Sozialhilfe verpflichtet ist, sein Ermessen zu Gunsten der Leistung durch eine Nicht-Vertragseinrichtung auszuüben, wenn ein berechtigter Wunsch des leistungsberechtigten behinderten Menschen nicht anders erfüllt werden kann.<sup>34</sup> Das Verhältnis zwischen Leistungserbringungsrecht und Wunsch- und Wahlrecht ist allerdings nicht hinreichend klar geregelt und sollte im Sinne einer personenorientierten Leistung zugunsten des Letzteren präzisiert werden.

Nach BSG (FEVS 60, 481) hat der Leistungsträger zur Erfüllung seiner Sachleistungsverschaffungspflicht mit Trägern von Einrichtungen ohne den Anlass einer aktuellen Hilfe in Kontakt zu treten und die erforderlichen Vereinbarungen zu treffen. Im Hilfefall erbringt er die ihm gegenüber dem Leistungsberechtigten obliegende Leistung nicht als Geldleistung, sondern durch Übernahme der Vergütung und deren direkte Zahlung an die Einrichtung, die gegenüber dem Berechtigten die Sachleistung erbringt. Nach dieser Auffassung ist die Übernahme der der Einrichtung zustehenden Vergütung untrennbarer Bestandteil der

---

<sup>32</sup> Vgl. Flint, Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 75 Rn. 4 ff.

<sup>33</sup> Flint, Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 75 Rn. 6.

<sup>34</sup> Vgl. Flint in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 75 Rn. 47.



Sachleistungsverschaffungspflicht des Leistungsträgers. Einen Anspruch auf die Kostenübernahme gegenüber dem Träger der Sozialhilfe besitzt nur der Sozialhilfebedürftige, nicht aber die Einrichtung. Diese Konstruktion, nach der die Sozialhilfeträger allgemein die Verantwortung für die Versorgungsinfrastruktur tragen und diese durch den Abschluss von Verträgen nach §§ 75 ff. SGB XII wahrnehmen, und nach der dem Leistungsberechtigten gegenüber die Leistungsverpflichtung in der Übernahme der Heimkosten in Form eines Schuldbeitritts durch den zuständigen Sozialhilfeträger besteht, hat das BSG (FEVS 61, 534) auch als Gewährleistungsmodell bezeichnet, das in gleicher Weise auch für ambulante Dienste gilt.<sup>35</sup>

## 2.2 Gewährleistungspflicht des Trägers der Sozialhilfe (§ 75 Abs. 2 S. 1 SGB XII)

§ 75 Abs. 2 S. 1 knüpft an die Vorschrift des § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I an, wonach die Leistungsträger verpflichtet sind, darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Die insoweit bestehende Strukturverantwortung und Gewährleistungspflicht der Träger der Sozialhilfe begründet indes keinen Rechtsanspruch des Leistungsberechtigten auf die Schaffung von Diensten und Einrichtungen. Der Leistungsberechtigte hat lediglich einen einklagbaren Anspruch auf die Erbringung der entsprechenden Sozialhilfeleistungen. Dieser Anspruch knüpft an die Erfüllungsverantwortung der Träger der Sozialhilfe an, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I).<sup>36</sup>

Zwecks Erfüllung seiner Gewährleistungspflicht kann der Träger der Sozialhilfe entweder eigene Einrichtungen und Dienste bereitstellen oder Einrichtungen und Dienste anderer hoheitlicher, gemeinnütziger oder gewerblicher Träger in Anspruch nehmen. Insoweit ist in § 75 Abs. 2 S. 1 SGB XII allerdings bestimmt, dass die Träger der Sozialhilfe eigene Einrichtungen einschließlich Dienste (§ 75 Abs. 1 S. 2) nicht neu schaffen sollen, soweit geeignete Einrichtungen und Dienste anderer Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können. Die Vorschrift formuliert damit bei der Schaffung wie auch bei der Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen einen Vorrang der Träger der freien Wohlfahrtspflege<sup>37</sup> und der gewerblichen Träger gegenüber der öffentlichen Hand. Die Leistungserbringung durch eigene Einrichtungen des Leistungsträgers ist demgegenüber nachrangig (Subsidiaritätsprinzip).<sup>38</sup>

## 2.3 Vereinbarungsprinzip

§ 75 Abs. 3 S. 1 SGB XII bestimmt, dass der Träger der Sozialhilfe, wird die Leistung von einer Einrichtung (oder einem Dienst, § 75 Abs. 1 S. 2 SGB XII) erbracht, zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet ist, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung), und

---

<sup>35</sup> Vgl. BSG, SozR 4-3500 § 54 Nr. 8; BSG, Sozialrecht aktuell 2012, 211; vgl. dazu auch Grube, Diskussionsbeitrag Forum A – Nr. 8/2012, [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); und Pattar, Sozialrecht aktuell 2012, 85, 93 f.; kritisch zur Rechtsprechung des BSG: Dillmann, Sozialrecht aktuell 2012, 181.

<sup>36</sup> Flint, Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 75 Rn. 12.

<sup>37</sup> Zum Begriff vgl. BSG, SozR 4-3500 § 84 Nr. 1; der freien Wohlfahrtspflege ist durch die Statusnorm des § 5 SGB XII eine herausgehobene Stellung eingeräumt, auch wenn aus dieser kein Vorrang der freien vor den gewerblichen Trägern folgt; vgl. dazu Neumann, Sozialrecht aktuell 2007, 216; ders., FS 50 Jahre Sozialhilfe, S. 83.

<sup>38</sup> vgl. Bieback, NZS 2007, 505, 508.

die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Diese Regelung, die für jede Einrichtungshilfe unabhängig davon gilt, ob die Leistung ambulant, teilstationär oder vollstationär erbracht wird,<sup>39</sup> beinhaltet die zentrale Aussage des sozialhilferechtlichen Leistungserbringungsrechts. Aus dem Zusammenhang mit § 77 Abs. 1 S. 1 SGB XII ergibt sich, dass die Vereinbarungen vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) abzuschließen sind; nachträgliche Ausgleichsvereinbarungen sind nicht zulässig.

Mit der Vorschrift des § 75 Abs. 3 SGB XII, die in ihrem Satz 1 das Vereinbarungsprinzip als Grundnorm für die Regelung der Beziehungen zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger festschreibt, und mit § 77 Abs. 1 S. 1 SGB XII, der die Prospektivität des Vereinbarungssystems festschreibt, korrespondiert die Reichweite des in § 9 Abs. 2 SGB XII geregelten Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten. Nach § 9 Abs. 2 S. 2 SGB XII ist das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten grundsätzlich auf solche Einrichtungen beschränkt, mit denen Vereinbarungen nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels bestehen.<sup>40</sup>

§ 75 Abs. 3 SGB XII ist im Zusammenhang mit den Regelungen des § 75 Abs. 2 S. 2 und 3 SGB XII auszulegen. § 75 Abs. 2 S. 2 SGB XII verpflichtet den Träger der Sozialhilfe nur zum Abschluss von Vereinbarungen mit Einrichtungsträgern, die insbesondere unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit und der Sicherstellung der Grundsätze des § 9 Abs. 1 SGB XII zur Erbringung der Leistungen geeignet sind. Sind mehrere in gleichem Maße geeignete Einrichtungen vorhanden, hat der Träger der Sozialhilfe nach § 75 Abs. 2 S. 3 SGB XII Vereinbarungen vorrangig mit Trägern abschließen, deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und vergleichbarer Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Träger. Dies erfordert bei der Ausübung des Auswahlmessens die Vornahme eines Leistungserbringervergleichs durch den Träger der Sozialhilfe.<sup>41</sup> Sind mehrere in gleichem Maße geeignete Einrichtungen vorhanden, deren Vergütung innerhalb einer gewissen Bandbreite auf gleichem Niveau ist, steht dem Sozialhilfeträger ein Entscheidungsspielraum nicht mehr zu („hat“ abzuschließen). Der Sozialhilfeträger kann ein Leistungsangebot nicht allein unter Hinweis auf seiner Ansicht nach fehlenden Bedarf ablehnen.<sup>42</sup>

## 2.4 Inhalt der Vereinbarungen

### 2.4.1 Leistungsvereinbarung

Die Leistungsvereinbarung muss nach § 76 Abs. 1 SGB XII die wesentlichen Leistungsmerkmale festlegen, mindestens jedoch die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche sächliche und personelle Ausstattung. Schon diesem Wortlaut ist der enge Zusammenhang zwischen der so abzubildenden Leistung und der Vergütung zu entnehmen. Deshalb sollte die Leistungsvereinbarung „die wesentlichen Leistungsmerkmale“ zu folgenden Positionen festlegen:

---

<sup>39</sup> Vgl. BT-Dr. 13/2440, S. 28.

<sup>40</sup> Flint, Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 75 Rn. 17.

<sup>41</sup> Vgl. LSG NRW, Beschl. v. 27.6.2011 – L 9 SO 294/11 B ER; Jaritz, Sozialrecht aktuell 2012, 105, 113.

<sup>42</sup> LSG Baden-Württemberg, B. v. 13.7.2006, L 7 SO 1902/06 ER-B, Sozialrecht aktuell 2006, 168.

- Welcher Personenkreis wird betreut?
- Welche Art von Leistung wird erbracht?
- Welches Ziel wird mit der Leistung verfolgt?
- Die Qualität der Leistung soll beschrieben werden.
- Die Qualifikation des Personals ist festzulegen.
- Wie viel Personal steht für wie viele Klienten zur Verfügung?
- Welche sächliche Ausstattung muss der Dienstleister vorhalten?

In der Praxis wird in der Leistungsvereinbarung häufig darauf verzichtet, die Leistung zu beschreiben. Stattdessen wird auf ein Konzept des Leistungserbringers verwiesen oder auf abstrakte Beschreibungen in Landesrahmenverträgen nach § 79 SGB XII, die damit Teil der Leistungsvereinbarung werden. Der Vorteil dieser Variante liegt für den Sozialhilfeträger darin, dass man den Vertrag möglichst allgemein und schlank hält. Ein Nachteil ist, dass der Leistungserbringer das Konzept nicht eigenständig ändern kann. Eine Änderung des Konzeptes bedeutet dann jedes Mal eine Änderung der Leistungsvereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger.

In die Vereinbarung ist die Verpflichtung der Einrichtung aufzunehmen, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Leistungsberechtigte aufzunehmen und zu betreuen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 76 Abs. 1 SGB XII).

#### 2.4.2 Vergütungsvereinbarung

Die Vergütungsvereinbarung besteht mindestens aus drei Bestandteilen: der Grundpauschale, die für die Grundleistungen erhoben wird und sich in Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung untergliedert; der Maßnahmepauschale, die nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert werden kann (§ 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII), sowie aus dem Investitionsbetrag für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung. Mit dieser Aufschlüsselung soll ein möglichst hohes Maß an Vergleichbarkeit gewährleistet werden, das für die Fälle des den Vergleichs nach § 75 Abs. 4 SGB XII von erheblicher Bedeutung ist. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass einerseits die Leistungsgruppen/-typen und andererseits wesentliche Kalkulationsgrundlagen – letztere insbesondere aufgrund der Rahmenverträge nach § 79 Abs. 1 SGB XII – landesweit im Wesentlichen gleich ausgestaltet sind.

Aus § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XII ergibt sich, dass die Vergütungen leistungsgerecht vereinbart werden müssen, d. h., es muss einer sparsam und wirtschaftlich geführten Einrichtung möglich sein, eine bedarfsgerechte Hilfe zu leisten. Anders als im früheren BSHG soll der Pflegesatz nicht mehr die Funktion haben, Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete vollstationäre oder teilstationäre Leistungen zu vergüten, und zwar differenziert nach dem Versorgungsaufwand, den der Berechtigte nach Art und Schwere seines Bedarfs benötigt. Eine leistungsgerechte Vergütungsvereinbarung, die die für den bedarfsgerechten Versorgungsinhalt und -aufwand erforderlichen finanziellen Mittel festlegt, bedarf mithin einer detaillierten Beschreibung der Inhalte, des Umfangs und der Qualität der Leistungen. Die Ausdifferenzierung des Leistungsangebots in der Leistungsvereinbarung bildet die tragfähige Grundlage für erfolgreiche Entgeltverhandlungen eines Leistungsanbieters. Art, Höhe und Laufzeit der Vergütung unterliegen der Vereinbarung der Vertragspartner. Sie kann je Anwesenheitstag, je Kalendertag oder als Monats-/Jahrespauschale vereinbart werden. Zur Ermittlung der Vergütung ist ferner ein Auslastungsgrad zu ermitteln.

Die Grundpauschale ist die Vergütung für die Unterkunft und Verpflegung mit Ausnahme derjenigen Leistungen, die durch den Investitionsbetrag abgedeckt werden. Die Grundpauschale kann entweder als einrichtungsindividuelle oder als einrichtungsübergreifende Pauschale vereinbart werden. Sofern die Grundpauschale als einrichtungsindividuelle Pauschale berechnet wird, sollte dies auf der Grundlage von Rahmenverträgen geschehen, um sicherzustellen, dass auf Landesebene die Berechnungsgrundlagen einrichtungsunabhängig vereinbart werden. Personal- und Sachkosten sind verursachungsgerecht der Grund- und der Maßnahmepauschale zuzuordnen, soweit sie nicht auf den Investitionsbetrag entfallen.

Die Maßnahmepauschale ist der Vergütungsbestandteil für die vereinbarten Leistungen. Hierzu können Leistungstypen für Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf entwickelt werden. Die Verpflichtung zur Bildung solcher Hilfebedarfsgruppen ist aber – auch wegen Kritik aus der Praxis 2009 – zugunsten der bloßen Möglichkeit abgeschafft worden.<sup>43</sup> Die heutige Fassung des Gesetzes soll es ermöglichen, auch individuell auf die Finanzierung von Leistungsstunden abzustellen und dabei auch regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Der Wortlaut des Gesetzes „Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf“ geht jedoch für die nach wie vor mögliche und übliche Bildung von Hilfebedarfsgruppen nicht davon aus, dass der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf (vergl. dazu § 10 SGB IX) gedeckt wird. Jede Leistungsgruppe bzw. jeder Leistungstyp stellt ein standardisiertes Leistungsangebot dar, das in der Regel den Hilfebedarf der Angehörigen der Zielgruppe abdeckt. Die damit bezweckte Pauschalierung dient – ebenso wie die Einführung von Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung – der Transparenz des Leistungsgeschehens. Der Leistungstyp lässt sich beschreiben durch die Zielgruppe, die Hilfeziele, die Art und den Umfang der Leistung, Qualitätsmerkmale sowie personelle, räumliche und sachliche Ausstattungserfordernisse. Schwanken die individuellen Hilfebedarfe der vom jeweiligen Leistungstyp erfassten Leistungsberechtigten stark, so kann es sich anbieten, innerhalb einzelner Leistungstypen Hilfebedarfsgruppen zu bilden. Die Bildung von und Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen greift in den auf jeden Fall fortbestehenden Anspruch auf eine individuell bedarfsdeckende Leistung ein und kann – obwohl aus der Vereinbarung zwischen Träger der Sozialhilfe und Leistungserbringer stammend – mit der Anfechtungs- oder der Verpflichtungsklage angegriffen werden.<sup>44</sup> Das Verhältnis zwischen der Pauschalierung im Leistungserbringungsrecht und der individuellen Rechtsposition der Leistungsberechtigten ist alles andere als klar geregelt. Wenn eine unmissverständlich personenbezogene Leistungspflicht des Trägers der Sozialhilfe angestrebt wird, besteht insoweit Handlungsbedarf.

Der Investitionsbetrag ist anders als die Pauschalen an der konkreten Situation des Einrichtungsträgers zu kalkulieren. Er ist für alle Leistungsberechtigten gleich hoch. Berücksichtigungsfähig sind die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen.

Für Leistungen der Hilfe zur Pflege (§§ 61ff SGB XII) durch den Sozialhilfeträger richtet sich die Vergütung nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 75 Abs. 5 SGB XII).

---

<sup>43</sup> Flint in: Grube/ Wahrendorf, Rz 29 zu § 76 SGB XII.

<sup>44</sup> Mit weiteren Nachweisen: Flint in: Grube/ Wahrendorf, Rz 32 zu § 76 SGB XII.

§ 76 Abs. 3 S. 1 verpflichtet die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Einrichtungen, Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung der Leistungen sowie für den Inhalt und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zu entwickeln und zu vereinbaren.

#### 2.4.3 Prüfungsvereinbarung

Zu den Parametern Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung der Leistungen haben die Träger der Sozialhilfe und Einrichtungsträger Grundsätze und Maßstäbe zu vereinbaren. Diese sind Gegenstand der durchzuführenden Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen.

Qualitätssicherung bezieht sich auf die Fragestellung, wie gewährleistet wird, dass die vereinbarte Leistung auch tatsächlich in der vereinbarten Qualität erbracht wird. Um das sicherzustellen, kommen als Maßnahmen der Qualitätssicherung insbesondere die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Einsetzung von Qualitätsbeauftragten, die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen sowie die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Betreuung und Versorgung in Betracht. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen macht § 76 Abs. 3 S. 1 SGB XII zum Vereinbarungsgegenstand.

In der Prüfungsvereinbarung sind ferner Grundsätze und Maßstäbe für den Inhalt – insoweit ist die Regelung im Vergleich zur Vorgängerregelung in § 93a Abs. 3 S. 1 BSHG ergänzt – und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zu vereinbaren. Dazu gehört, welche Dokumentations- und Nachweispflichten einzuhalten sind, wann die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen stattfinden (jederzeit und einschränkungslos, innerhalb bestimmter Zeiträume, zu festen Zeiten, anlassbezogen) und ob sie durch den Träger der Sozialhilfe selbst, durch eine (unabhängige) Kommission oder durch (unabhängige) Sachverständige durchgeführt werden sollen.

Um Doppelprüfungen zu vermeiden, verpflichtet § 76 Abs. 3 S. 3 SGB XII, der eine Neuerung im Vergleich zur Vorgängerregelung in § 93a Abs. 3 BSHG darstellt, den Träger der Sozialhilfe zur Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Schließlich ist darauf zu achten, dass das Ergebnis der Prüfung nicht nur dokumentiert, sondern in geeigneter Form auch den Leistungsberechtigten der Einrichtung zugänglich gemacht wird (§ 76 Abs. 3 S. 2 SGB XII).

#### 2.4.4 Wirtschaftsrechtlicher Rahmen

Im Hinblick auf das deutsche und europäische Wettbewerbs- und Vergaberecht gelten die Ausführungen zum Leistungserbringungsrecht des SGB IX sinngemäß und verstärkt auch für das Leistungserbringungsrecht des SGB XII:

Die den Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII zugrunde liegenden Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII unterfallen nicht den Regeln des Vergaberechts.<sup>45</sup> Das – im Vergleich zum SGB IX detailliertere – Verfahrensrecht der §§ 75 ff. SGB XII würde völlig außer Kraft gesetzt werden, könnte die Berechtigung

---

<sup>45</sup> Wie hier Flint, Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 75, Rn. 22; Münder, LPK-SGB XII, vor §§ 75 ff. Rn. 8 ff., § 75 Rn. 20 ff.; Neumann, Hauck/Noftz, SGB XII, § 75 Rn. 61 ff.; ders., RsDE 68, 83, mit zahlreichen Nachweisen aus der Rechtsprechung; Jaritz, Sozialrecht aktuell 2012, 105, 113 f.; a. A. Kingreen, VSSR 2006, 379, 381 ff.; OLG Hamburg, RsDE 68, 76; dazu kritisch Neumann, RsDE 68, 83.

zur Leistungserbringung über das Vergabeverfahren vergeben und so der Zugang aller anderen Mitbewerber ausgeschlossen werden.<sup>46</sup>

#### 2.4.5 Konfliktregulierungsmechanismen

Während das SGB IX für die Fälle, dass die Vertragspartner nach § 21 SGB IX nicht zu einer Einigung gelangen, keine Regelungen vorsieht, enthält das Leistungserbringungsrecht des SGB XII ein detailliertes Konfliktregulierungsverfahren. Hierfür ist § 80 SGB XII die einschlägige Organisationsnorm; die Aufgaben finden sich in den Vertragsnormen der §§ 76, 77 SGB XII.

Die Vorgaben über die Bildung und Zusammensetzung der Schiedsstellen beschränken sich im Hinblick auf die in § 81 Abs. 2 SGB XII enthaltene Verordnungsermächtigung der Landesregierungen auf wenige Grundregelungen. So schreibt § 80 Abs. 1 SGB XII zwar für jedes Land die Bildung wenigstens einer Schiedsstelle vor. Sowohl die Entscheidung über die Anzahl der Schiedsstellen im Land als auch die Bestimmung darüber, wo die Schiedsstelle gebildet wird, bleibt jedoch dem jeweiligen Land und seiner Organisationshoheit vorbehalten.

Die Schiedsstellen bestehen nach § 80 Abs. 2 S. 1 SGB XII aus Vertretern der Träger der Einrichtungen und Vertretern der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe in gleicher Zahl – deren nähere Bestimmung dem Landesrecht überlassen ist – sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll damit eine Parität zwischen den Einrichtungsträgern einerseits und den Trägern der Sozialhilfe andererseits hergestellt werden.<sup>47</sup>

Für jeden Vertreter der Einrichtungs- und Sozialhilfeträger ist ein Stellvertreter zu bestimmen. Die Bestellung der Stellvertreter erfolgt ebenso wie die der Vertreter durch die Vereinigungen der Einrichtungsträger bzw. durch die Träger der Sozialhilfe. Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter oder nicht die erforderliche Anzahl von Vertretern bestellen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter (§ 80 Abs. 2 S. 6 SGB XII). Die von der Landesbehörde bestellte Person muss der Organisation angehören, für die ein Vertreter zu bestellen ist.

Der Vorsitzende der Schiedsstelle und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt (§ 80 Abs. 2 S. 4 SGB XII). Vor dem Hintergrund der in § 80 Abs. 2 S. 1 SGB XII niedergelegten Unparteilichkeit dürfen der Vorsitzende und sein Stellvertreter sowohl haupt- als auch nebenberuflich in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu einem Einrichtungs- oder Sozialhilfeträger stehen. Naheliegend ist, dass der Vorsitzende und sein Stellvertreter die Befähigung zum Richteramt oder höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen sollten. In der Praxis sind Vorsitzende und Stellvertreter regelmäßig Richter aus der Verwaltungs- oder Sozialgerichtsbarkeit, Hochschullehrer oder Ruhestandsbeamte aus Sozialbehörden.

Kommt eine Einigung unter den beteiligten Organisationen nicht zustande, wird eine Entscheidung sowohl hinsichtlich des Vorsitzenden als auch des Stellvertreters durch ein in den Verordnungen der Länder jeweils näher geregeltes Losverfahren herbeigeführt (§ 80 Abs. 2 S. 5 SGB XII). Hat eine der betei-

---

<sup>46</sup> Vgl. Bieback, NZS 2007, 505, 508.

<sup>47</sup> vgl. BT-Dr. 12/5510, S. 12.

ligten Organisationen – aus welchen Gründen auch immer – keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden und/oder des Stellvertreters benannt, benennt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Kandidaten für das Losverfahren.

Die Schiedsstellen nach § 80 sind weder Gerichtsinstanz noch eine Art Widerspruchsbehörde. Ihrer paritätischen Zusammensetzung und vermittelnden Aufgabe nach kommt ihnen vielmehr die Funktion eines Schlichters zu, dessen Entscheidungen einem gerichtlichen Verfahren zwingend vorgeschaltet sind. Sozialhilferechtliche Schiedsstellen haben die Aufgabe, Streitigkeiten zwischen Sozialhilfeträgern und Leistungserbringern außergerichtlich zu schlichten und über nicht einigungsfähige Fragen zu entscheiden. Sie sollen zeitnah sachlich trag- und konsensfähige Kompromisse um die Erbringung sozialstaatlicher Dienstleistungen erarbeiten und an die Beteiligten vermitteln.

Schiedsstellen können in der Sozialhilfe von den Vertragsparteien (Leistungsträgern und Einrichtungen bzw. deren Verbände) angerufen werden, wenn innerhalb bestimmter Fristen eine Einigung über Vergütungen nicht erzielt werden konnte (§ 77 SGB XII). Die Entscheidungskompetenz der Schiedsstelle ist insoweit begrenzt. Zwar bestimmt § 77 Abs. 1 S. 3 SGB XII, dass die Schiedsstelle nach § 80 SGB XII auf Antrag einer Partei unverzüglich über die Gegenstände entscheidet, über die keine Einigung erreicht werden konnte. Aus der Bezugnahme auf die Bestimmung des § 76 Abs. 2 SGB XII – „Kommt eine Vereinbarung nach § 76 Abs. 2 (. . .) nicht zustande“ – folgt indes, dass die Entscheidungskompetenz der Schiedsstelle auf den in § 76 Abs. 2 SGB XII geregelten Prüfungsbereich der Vergütungsvereinbarung beschränkt ist. Die Schiedsstelle ist also nicht befugt, über Streitigkeiten betreffend die Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen zu entscheiden.

Das Verfahren vor der Schiedsstelle ist nach § 77 Abs. 1 S. 3 SGB XII antragsabhängig und setzt erfolglose Vertragsverhandlungen der Parteien voraus. Der Antrag kann frühestens sechs Wochen nach einer schriftlichen Aufforderung zum Abschluss einer Vereinbarung erfolgen (§ 77 Abs. 1 S. 3 SGB XII). Die Frist beginnt mit dem Zugang der schriftlichen Aufforderung bei der anderen Partei. Ein vor Ablauf dieser Frist gestellter Antrag ist unzulässig, nicht unbeachtlich. Der unzulässige Antrag wird nicht zulässig, wenn die Sechswochenfrist im Zeitpunkt der Entscheidung der Schiedsstelle abgelaufen ist. Das Verstreichen der Sechswochenfrist ist Sachentscheidungsvoraussetzung für das Schiedsstellenverfahren, die im Zeitpunkt der Antragstellung erfüllt sein muss. Zunächst sollen die Verhandlungspartner eine Lösung zu finden versuchen; ein paralleles Schiedsstellenverfahren ist in den ersten sechs Wochen der Verhandlungen nicht vorgesehen.

Über den Gang des Verfahrens selbst enthält das Gesetz keine näheren Vorgaben. In § 77 Abs. 1 S. 3 SGB XII ist lediglich bestimmt, dass die Schiedsstelle „unverzüglich“ zu entscheiden hat. Unverzüglich meint in Anlehnung an die Legaldefinition des § 121 Abs. 1 BGB ohne schuldhaftes Zögern. Da die Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode abzuschließen sind (§ 77 Abs. 1 S. 1 SGB XII), wird auf die Schiedsstellen ein nicht unerheblicher Druck in zeitlicher Hinsicht ausgeübt. Angestrebt mit dem Schiedsstellenverfahren ist eine zügige Konfliktlösung.

Die Entscheidung der Schiedsstelle ergeht durch Beschluss aufgrund einer nicht öffentlichen mündlichen Verhandlung, zu der die Vertragsparteien rechtzeitig zu laden sind. Eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren ist im Einverständnis der Beteiligten auch ohne entsprechende Regelung in der Rechtsverord-

nung zulässig, denn die Vertragsparteien können auf die in ihrem Interesse stattfindende mündliche Verhandlung verzichten; darüber hinaus – etwa bei unzulässigen oder offensichtlich unbegründeten Anträgen – nur bei einer ausdrücklichen Regelung in der Landesrechtsverordnung.

Die Entscheidung der Schiedsstelle ist schriftlich zu erlassen und zu begründen, vom Vorsitzenden der Schiedsstelle zu unterzeichnen und den Vertragsparteien unter Beifügung einer Rechtsmittelbelehrung bekannt zu geben.

Die Entscheidungen der Schiedsstelle werden nach § 80 Abs. 3 S. 4 SGB XII mit der Mehrheit ihrer Mitglieder getroffen, wobei jedes Mitglied eine Stimme hat (§ 80 Abs. 3 S. 3 SGB XII) und die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag gibt, wenn sich eine Mehrheit der Stimmen nicht ergibt (§ 80 Abs. 3 S. 5 SGB XII). Die Entscheidung der Schiedsstelle ersetzt sodann die vertragliche Vereinbarung.

Entscheidungen der Schiedsstellen werden von den Gerichten nur begrenzt inhaltlich kontrolliert, die Obergerichte akzeptieren eine eingeschränkte Kontrolldichte und billigen den Schiedsstellen eine Einschätzungsprärogative zu.<sup>48</sup>

### **3. Verhältnis der Verträge nach §§ 75 ff. SGB XII zu den leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben des SGB IX**

Wie bereits im ersten Teil dargelegt, ordnet § 7 S. 1 SGB IX die Geltung des Leistungserbringungsrechts des SGB IX für alle Rehabilitationsträger an, es sei denn, die Leistungsgesetze dieser einzelnen Träger enthielten Abweichungen.

Die Vorschriften zum Leistungserbringungsrecht im Recht der Sozialhilfe (§§ 75 bis 81 SGB XII) regeln die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe eines Rehabilitationsträgers. Hier werden Regelungen zum Vertragsrecht der Sozialhilfeträger mit den Leistungserbringern getroffen. Diese – im Kern vergütungsrechtlichen Regelungen sind zwar detaillierter als die im SGB IX und sehen außerdem, anders als im SGB IX, bei Nichtzustandekommen eines Vertrags ein Schiedsverfahren sowie eine Verordnungsermächtigung vor.

Gleichwohl sind explizite Abweichungen zum Leistungserbringungsrecht des SGB IX – bis auf die wenigen, nachstehend erörterten Fällen – kaum ersichtlich mit der Folge, dass bereits nach geltendem Recht die leistungserbringungsrechtlichen Normen des SGB IX bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe durch den Träger der Sozialhilfe Geltung beanspruchen.

Dies betrifft vor allem die leistungserbringungsrechtlichen Normen des SGB IX, die – wie etwa § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX – den Zweck verfolgen, die Konvergenzziele des SGB IX, insbesondere die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und die Gleichmäßigkeit der Leistungen (§§ 4 Abs. 2 Satz 2, 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) sicherzustellen.

---

<sup>48</sup> Vgl. BVerwGE 108, 47; ähnlich BSGE 87, 199; auch BVerwG v. 6. 11. 2006 – 3 B 71.06 – NZS 2007, 424.



Die Geltung des SGB IX auch für den Rehabilitationsträger Sozialhilfeträger bedeutet mithin:

- a) Auch die leistungserbringungsrechtliche Entscheidung nach den §§ 75 ff. SGB XII muss danach erfolgen, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführen wird (§ 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX). Diese Geeignetheit im Einzelfall ergibt sich aus dem individuellen Bedarf (§ 33 Satz 1 SGB I) und den subjektiven Präferenzen (§ 9 Abs. 1 SGB IX) der leistungsberechtigten Person.
- b) Die Leistung muss dabei durch bestmögliche Evidenz als erforderlich ausgewiesen sein, die Ziele der individuellen Teilhabe und Selbstbestimmung (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) möglichst zügig, wirksam, wirtschaftlich und nachhaltig (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) zu erreichen.
- c) Die Ausführung der Leistungen selbst muss wirksam und wirtschaftlich erfolgen (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).
- d) Der Rehabilitationsträger – und damit auch Träger der Leistungen zur Teilhabe nach SGB XII – sind dafür verantwortlich, dass die ausgewählte Leistung zur Teilhabe auch im Zusammenwirken mit Leistungen anderer Leistungserbringer, Leistungsträger und Leistungsgruppen dem funktionsbezogenen Bedarf der leistungsberechtigten Person entspricht und die Leistungen möglichst nahtlos ineinander greifen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Aus dem Vorstehenden resultieren folgende Kollisionsregel bei der praktischen Handhabung der leistungserbringungsrechtlichen Normen des SGB IX und des SGB XII:

- Unter der Geltung von § 7 Satz 1 SGB IX sind SGB IX und SGB XII so weit wie möglich in Übereinstimmung auszulegen.
- Die Verträge nach SGB XII sind somit zugleich auch Verträge nach § 21 SGB IX.
- Regelungen, die im Vertragsrecht des SGB IX, aber nicht im SGB XII enthalten sind, gelten daher.
- Regelungen, die im Vertragsrecht des SGB XII, aber nicht im SGB IX enthalten sind, gelten, sind aber in größtmöglicher Übereinstimmung mit dem SGB IX auszulegen.<sup>49</sup>

Die Träger der Sozialhilfe sind verpflichtet, sich an der Koordination des Leistungserbringungsrechts zu beteiligen. Dabei sind die Träger der Sozialhilfe von der Pflicht zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen nach § 13 SGB IX ausgenommen, auf den § 21 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verweist. Hier werden nur die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-5 SGB IX (ohne Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialhilfe) unmittelbar als Vereinbarungspartner genannt, während sich die Träger der Sozialhilfe an den gemeinsamen Empfehlungen „orientieren“, soweit sie ihnen nicht beitreten (§ 13 Abs. 5 Satz 2 SGB IX). Allerdings können sie sich an der Konkretisierung durch regional zuständige Rehabilitationsträger beteiligen (§ 13 Abs. 9 SGB IX).<sup>50</sup>

Nicht ausgenommen sind die Träger der Sozialhilfe von der Vereinbarung von Rahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 SGB IX. Entsprechend wären die sozialhilferechtlichen Rahmenverträge auf Landesebene nach § 79 SGB XII mit den anderen Rehabilitationsträgern in Rahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 SGB IX abzustimmen, damit die Leistungserbringungsverträge insgesamt einheitlichen Grundsätzen entsprechen.

---

<sup>49</sup> Vgl. hierzu für die medizinische Rehabilitation die entsprechenden Überlegungen bei Philipp Köster, Das Leistungserbringungsrecht der medizinischen Rehabilitation, Berlin 2013, S. 16 ff.

<sup>50</sup> Der Bundesgesetzgeber konnte aus föderalen Gründen die Träger der Sozialhilfe mit Blick auf die entsprechende Gesetzgebungskompetenz der Länder (vergl. Gutachten, Teil A, S. 23) nicht unmittelbar verpflichten.

Diese Pflicht ist nicht nur auf die einzelnen Leistungsgruppen zu beziehen, sondern auch auf Verfahrensgrundsätze wie die Sicherung von Selbstbestimmung und Mitwirkungspflichten der behinderten Menschen im Verhältnis zu den Einrichtungen (§§ 9 Abs.3, 21 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX).

Das Leistungserbringungsrecht in § 21 SGB IX enthält keine Vorgaben zum Vergütungsrecht. Es verpflichtet die Rehabilitationsträger nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, Grundsätze der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen zu übernehmen. Da die Rehabilitationsträger solche Grundsätze bislang weder in gemeinsamen Empfehlungen noch in Rahmenverträgen vereinbart haben, verweist die Regelung bislang nur auf die bereits gesetzlich festgelegten Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sowie der Angemessenheit der Vergütung (§§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX).<sup>51</sup> Diese Regelung ist mit § 76 Abs. 1 SGB XII übereinstimmend auszulegen und korrespondiert insbesondere mit dem Grundsatz der wirtschaftlichen und angemessenen Leistungen in § 76 Abs. 1 Satz 3 SGB XII.

Fraglich ist, ob die Möglichkeit, Maßnahmepauschalen für behinderte Menschen mit vergleichbarem Bedarf zu kalkulieren und zu vereinbaren (§ 76 Abs. 2 Satz 1 und 3 SGB XII) von den Grundsätzen des SGB IX abweicht. § 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX gebietet, die Auswahl der Dienste und Einrichtungen im Einzelfall danach vorzunehmen, welche Einrichtung die Dienste in der am besten geeigneten Form ausführt. Die Leistungen dieser Einrichtung sind nach § 19 Abs. 4 Satz 2 SGB IX angemessen zu vergüten.

Damit ist der Individualisierungsgrundsatz („Personenzentrierung“) der Leistungen im SGB IX stärker als im SGB XII auch in das Leistungserbringungsrecht übertragen worden.

Da das SGB XII eine Leistungserbringung außerhalb des Systems der Maßnahmepauschalen sowohl bei Vertragseinrichtungen wie bei Nichtvertragseinrichtungen im Rahmen des eingeräumten Ermessens zulässt, ist eine dem SGB IX entsprechende Auslegung des SGB XII mittlerweile (seit 2009) möglich, so dass keine explizite Abweichung vorliegt. Gleichwohl entspricht das System der Maßnahmepauschalen nicht dem im SGB IX stärker ausgeprägtem und im Reformprozess angestrebten Grundsatz der individuellen personenorientierten Leistung und sollte daher gesetzgeberisch überprüft werden.

In diesem Zusammenhang sollte grundsätzlich geprüft werden, welche Gründe unterschiedliches Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht im SGB IX und im SGB XII überhaupt noch rechtfertigt.

Eine materielle Abweichung könnte bei der Leistungserbringung im Ausland zu konstatieren sein: Basis der sozialhilferechtlichen Leistungen ist die Verantwortung des Territorialstaates für die in seinem Gebiet lebenden Menschen. Sozialhilfe, auch als Eingliederungshilfe, wird nach dem Territorialitätsprinzip gewährt, d. h. grundsätzlich und umfassend für Personen im Inland (§ 30 SGB I).

Restriktiv verhält sich das SGB XII hingegen gegenüber einem Leistungsbezug im Ausland. Leistungen der Eingliederungshilfe ins Ausland sind nach Einführung einer generellen Rückkehrpflicht kaum mehr denkbar. Die in § 24 Abs. 1 SGB XII genannten Hinderungsgründe lassen nur wenige eng umschriebene Möglichkeiten offen, Teilhabeleistungen der Sozialhilfe überhaupt zu exportieren. Nur in außergewöhn-

---

<sup>51</sup> Vgl. Köster, S. 163.

lichen Notfällen und bei nachgewiesener Unzumutbarkeit oder Unmöglichkeit einer Rückkehr werden Leistungen auf Antrag erbracht.

Demgegenüber erlaubt es § 18 SGB IX, dass Sozialleistungsträger Teilhabeleistungen im Ausland erbringen, sofern es sich um Sachleistungen handelt und gleiche Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit wie im Inland gewahrt sind. Offenbar sieht das SGB IX eine Leistungserbringung im Ausland als zusätzliche Option im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts. Das Recht der Eingliederungshilfe denkt eher von der Leistungssteuerung durch den Sozialhilfeträger aus und sieht die Leistungserbringung im Ausland enger. Nach § 23 EinglVO können Sozialhilfeträger im Rahmen ihres Ausführungsermessens nach § 17 Abs. 2 Maßnahmen der Eingliederungshilfe auch im Ausland durchführen oder durchführen lassen, „wenn dies im Interesse der Eingliederung des behinderten Menschen geboten ist, die Dauer der Eingliederungsmaßnahmen durch den Auslandsaufenthalt nicht wesentlich verlängert wird und keine unververtretbaren Mehrkosten entstehen“. Geboten ist eine Maßnahme im Ausland nur dann, wenn sie im Einzelfall gegenüber Inlandsmaßnahmen Vorteile für den Eingliederungsprozess mit sich bringt; insofern ist das Ermessen des Leistungsträgers gebunden.

Kostenvorteile des Leistungsträgers sind keine hier tragfähigen Gründe, es ist also dem Sozialhilfeträger verwehrt, allein aus Kostengründen eine Leistung im Ausland durchführen zu lassen. Die Regelung geht nicht so weit wie § 13 Abs. 4 SGB V, die den Leistungsberechtigten in der Gesetzlichen Krankenversicherung unter Umständen einen Kostenerstattungsanspruch gewährt, wenn sie anstelle inländischer Dienst- oder Sachleistungen Leistungen im EU-Ausland in Anspruch nehmen, sondern sieht hier eine wesentlich engere Bindung an die Vorab-Entscheidung des Leistungsträgers vor.

Vor dem Hintergrund des Vorangestellten ist die Leistungserbringung im Ausland in die sozialhilferechtlichen Grundsätze der Individualisierung und des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB XII einzuordnen und nach §§ 9, 18 SGB IX entsprechend auszugestalten. Dort ist alles Wesentliche geregelt und kann im Rahmen einer Ermessensentscheidung nach § 17 Abs. 2 SGB XII auch zielkonform umgesetzt werden. § 23 EinglVO eröffnet keine zusätzlichen Möglichkeiten, beschränkt sie aber auch nicht weiter.

## TEIL 2

### Beurteilung der Kostenentwicklung im Behindertenrecht der Sozialhilfe

Dieser Teil des Gutachtens besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil wird dargestellt, wie sich die Ausgaben im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen kurz- bis mittelfristig unter Fortschreibung des Status quo entwickeln werden. Dabei werden auch relevante demographische Veränderungen berücksichtigt. Im zweiten Teil wird der Frage nachgegangen, inwieweit die erwartete Ausgabenentwicklung bei den Leistungen zur Teilhabe vermeidbar bzw. beeinflussbar ist. Abschließend werden alternative Maßnahmen zur Entlastung der Kommunen bei der Finanzierung der Eingliederungshilfe diskutiert.

#### 1. Beurteilung der Ausgabenentwicklung

##### 1.1 Prognose über die Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020

Die hier dargestellte Prognose über die Ausgabenentwicklung im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung beruht auf dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegebenen und im August 2014 vorgelegten Bericht der con\_sens GmbH (Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH, Hamburg).<sup>52</sup> Das umfangreiche Zahlenwerk soll der von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe als Grundlage für die Abschätzung finanzieller Auswirkungen politischer Entscheidungen dienen. Im Rahmen dieses Gutachten beschränken sich die Autoren auf eine kurze Analyse der methodischen Grundlagen der Prognose und die Darstellung der zentralen Ergebnisse.

Die unten dargestellte Prognose beruht im Wesentlichen auf einer Extrapolation (Fortschreibung) der Werte aus den Jahren 2005 bis einschließlich 2012 bis zum Jahr 2020. Mit anderen Worten wird unterstellt, dass die Veränderungsraten von Leistungsberechtigten und Fallkosten im vergangenen Zeitraum unverändert bleiben. Für die Prognose wird die kurzfristige Entwicklung der Jahre 2009 bis 2012 mit 50 Prozent gewichtet. Die mittelfristige Entwicklung (2007 bis 2012) wird dagegen nur mit 30 Prozent und die langfristige Entwicklung (2005 bis 2013) gar nur mit 20 Prozent gewichtet.<sup>53</sup>

Es bleibt allerdings unklar, auf welcher Grundlage die Autoren zu dieser Gewichtung gekommen sind. Die unten stehenden Ergebnisse werden zudem keiner Sensitivitätsanalyse unterzogen. Mit anderen Worten wird nicht berechnet, wie sich die Prognose bei einer veränderten Gewichtung – zum Beispiel bei einer stärkeren Gewichtung des langfristigen Trends und damit einer geringeren Gewichtung des kurzfristigen Trends der Jahre 2009 bis 2012 verändern würde. Beides ist bei der Interpretation der unten stehenden Ergebnisse zu beachten.

Durch die Fortschreibung der Entwicklung der Ausgaben für die Eingliederungshilfe wird außerdem unterstellt, dass der Einfluss von Kontextfaktoren auf Ausgaben und Fallkosten konstant bleibt. Die Aus-

---

<sup>52</sup> Vgl. ausführlich Bunn, D./F. Lehmann-Diebold/H.-P. Schütz-Sehring/M. Casper (2014). Verbesserung der Datengrundlage zur strukturellen Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Berlin, Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Download unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a127-verbesserung-datengrundlage-eingliederungshilfe-menschen-mit-behinderung.html> am 11. Januar 2015.

<sup>53</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 32f.

wirkungen des medizinischen Fortschritts, der Wirtschaftslage und Arbeitsmarktsituation, der Anbieterlandschaft, gesellschaftlichen Wandels und sozialer Faktoren werden nicht separat erfasst.<sup>54</sup>

Die Wirkung der Kontextfaktoren auf Leistungsberechtigte und Fallkosten – und damit mittelbar auf die Ausgaben – wird vielmehr extrapoliert. Es wird damit unterstellt, dass die genannten Kontextfaktoren in der näheren Zukunft ähnlich wirken wie in der Vergangenheit – insbesondere in den Jahre 2009 bis 2012. Ein solches Vorgehen ist als Baseline-Szenario durchaus üblich. Variationen bei den Kontextfaktoren im Prognosezeitraum – etwa bei der Anbieterlandschaft oder Wirtschaftslage hätten jedoch unter Umständen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse der Prognose.<sup>55</sup> Zudem wird bei der Prognose unterstellt, dass keine politischen Reformen der Eingliederungshilfe stattfinden.

Im Gegensatz zu den genannten Faktoren wird die demographische Entwicklung als ein weiterer wichtiger Kontextfaktor für die Ausgabenentwicklung in der Prognose zumindest teilweise explizit berücksichtigt. Dies betrifft die Prognose der Leistungsberechtigten in den Werkstätten für behinderte Menschen. Hier waren die Abgänge nach Erreichen des Renteneintrittsalters aufgrund der Ermordung behinderter Menschen („Euthanasie“) während des Nationalsozialismus in der Vergangenheit vergleichsweise klein. Inzwischen sind jedoch etwa 25 Prozent aller Beschäftigten in Werkstätten älter als 50 Jahre. In den nächsten Jahren werden demnach geburtenstarke Jahrgänge aus den Werkstätten ausscheiden. Damit wird die Anzahl der altersbedingten Abgänge im Vergleich zur Entwicklung in der Vergangenheit deutlich ansteigen. Diese durch den veränderten Altersaufbau absehbaren Veränderungen bei den Beschäftigten in Werkstätten sind in der Prognose berücksichtigt.<sup>56</sup>

Andere in diesem Zusammenhang relevante Kontextfaktoren – etwa Entwicklungen im Schul- und Ausbildungsbereich oder Aktivitäten zur Überleitung aus Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt werden zunächst nicht separat berücksichtigt und wie oben beschrieben fortgeschrieben. Nicht explizit berücksichtigt wird die demographische Entwicklung zudem bei der Prognose der Leistungsberechtigten im Wohnen. Der Anteil der Leistungsberechtigten sei sowohl im stationären Wohnen (fünf Prozent) als auch im ambulanten Wohnen (zwei Prozent) so gering, dass es zumindest bis 2020 keine nennenswerten zusätzlichen altersbedingten Abgänge (Pflege, Sterbefälle) geben werde. Prognosen über das Jahr 2020 hinaus müssten die altersbedingte Entwicklung jedoch berücksichtigen.<sup>57</sup>

In der unten stehenden Tabelle 1 werden die Ergebnisse der Prognose bis zum Jahre 2020 für die einzelnen Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe bis zum Jahre 2020 für das Bundesgebiet dargestellt. Aus der Prognose geht hervor, dass sich die Gesamtausgaben für die Eingliederungshilfe von rund 16,5 Milliarden Euro im Jahr 2012 um rund 30 Prozent auf 21,5 Milliarden Euro erhöhen werden. Besonders hoch sind die Steigerungsraten bei den Integrationshilfen (140 Prozent) und den Ausgaben für ambulant betreutes Wohnen (knapp 90 Prozent). Die größten Ausgabenblöcke – stationär betreutes Wohnen und Werkstätten für behinderte Menschen – wachsen dagegen mit gut 20 Prozent in deutlich geringeren Ausmaß. Nichtsdestoweniger würde bei Eintritt dieser Prognose die im Koalitionsvertrag vereinbarte Entlastung der Kommunen in Höhe von 5 Milliarden Euro jährlich im Rahmen der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes allein durch den Ausgabenanstieg im Rahmen der Trendfortschreibung bis zum

---

<sup>54</sup> Vgl. Bunn et al 2014, S. 38ff.

<sup>55</sup> Zu den Auswirkungen einer Beeinflussung von Kontextfaktoren auf die Ausgabenentwicklung vgl. Abschnitt XX unten.

<sup>56</sup> Bunn et al. 2014, S. 35f.

<sup>57</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 36f.

Jahr 2020 aufgezehrt werden. Eine Entlastung der Kommunen im Vergleich zum Status quo oder gar eine Leistungsverbesserung für Menschen mit Behinderung wäre mit der genannten Summe unter den oben genannten Annahmen nicht finanzierbar.

**Table 1:**

**Ausgaben in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Deutschland 2012 bis 2020**

	Maßnahme	Ausgaben in Mio. €		
		2012	2015	2020
Erwachsene	stationär betreutes Wohnen	7.607	8.253	9.340
	ambulant betreutes Wohnen	1.381	1.802	2.588
	Werkstatt für behinderte Menschen	3.624	3.904	4.463
	Tagesförderstätten	515	638	868
	Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung	208	240	296
	<b>Erwachsene Gesamt</b>	<b>13.335</b>	<b>14.837</b>	<b>17.555</b>
Kinder und Jugendliche	stationär betreutes Wohnen	700	689	703
	Integrationshilfen	405	598	981
	Frühförderung	508	599	768
	Kindertageseinrichtungen	1.531	1.541	1.553
	<b>Kinder und Jugendliche Gesamt</b>	<b>3.144</b>	<b>3.427</b>	<b>4.006</b>
<b>Gesamt</b>	<b>16.479</b>	<b>18.265</b>	<b>21.561</b>	

Quelle: Bunn et al. 2014, S. 63

Die zentrale Ursache für den Ausgabenanstieg liegt in dem fortgeschriebenen Trend bei der Anzahl der Leistungsberechtigten. Danach wird die Zahl der Leistungsberechtigten um etwa ein Viertel (Erwachsene) bzw. ein Fünftel (Kinder und Jugendliche) ansteigen. Insgesamt liegt der Anstieg der Leistungsberechtigten bei etwa 24 Prozent – von 751.000 Leistungsberechtigten im Jahr 2012 auf 931.000 Leistungsberechtigten im Jahr 2020. Fallzahlrückgänge werden lediglich im stationären Wohnen für Kinder und Jugendliche sowie in Kindertageseinrichtungen erwartet.

Die Fallkosten steigen im Vergleich dazu deutlich moderater an. Diese steigen demnach von durchschnittlich 21.932 Euro im Jahr 2012 auf 23.155 Euro im Jahr 2020. Das entspricht einem Anstieg von knapp sechs Prozent.<sup>58</sup>

Im stationären Wohnen geht die Prognose von einer Zunahme der Zahl der Leistungsberechtigten von 220.000 Menschen im Jahr 2020 aus.<sup>59</sup> Dies entspricht einem Zuwachs von 10.700 Menschen bzw. fünf Prozent gegenüber dem Basisjahr 2012.<sup>60</sup> In Nordrhein-Westfalen wird der Anstieg mit 900 Menschen und einem relativen Anstieg von zwei Prozent vergleichsweise moderat ausfallen.<sup>61</sup>

<sup>58</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 187

<sup>59</sup> Hier werden die Ausgaben für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche zusammengefasst.

<sup>60</sup> Die Autoren gehen davon aus, dass dieser Anstieg die tatsächliche Entwicklung eher unterschätzt. Vgl. Bunn et al. 2014, S. 64.

<sup>61</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 64ff.

Nichtsdestoweniger steigen die prognostizierten Ausgaben für das stationär betreute Wohnen in Nordrhein-Westfalen stärker als im Bundesdurchschnitt (vgl. Tabelle 2). Dies liegt an den im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Fallkosten. Insgesamt fällt auf, dass – im Gegensatz zu den Gesamtausgaben für die Eingliederungshilfe – beim Ausgabenposten stationär betreutes Wohnen in erster Linie die steigenden Fallkosten und nicht der Anstieg der Leistungsberechtigten für einen Großteil des prognostizierten Ausgabenanstiegs verantwortlich sind.

**Tabelle 2:**

**Ausgaben in ausgewählten Bereichen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen 2012 bis 2020**

Maßnahme	Ausgaben in Mio. €			Steigerungsrate 2012 – 2020 in %	
	2012	2015	2020	NRW	Bund
stationär betreutes Wohnen	2.099	2.258	2.528	20,4	17,3
ambulant betreutes Wohnen	477	656	998	109,2	87,5
Werkstatt für behinderte Menschen	972	1061	1.201	23,6	23,0

Quelle: Bunn et al. 2014, S. 202ff.

Im ambulanten Wohnen rechnen die Autoren mit einem stark ausgeprägten Anstieg der Leistungsberechtigten von rund 151.000 Personen im Jahr 2012 auf gut 244.000 Personen im Jahr 2020. Dieser Zuwachs von 93.000 Personen entspricht einem Zuwachs von rund 60 Prozent. Noch ausgeprägter ist der prognostizierte Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten in Nordrhein-Westfalen. Bei einer Fortschreibung des Trends aus der Vergangenheit würde sich die Zahl der Leistungsberechtigten von knapp 50.000 Menschen im Jahr 2012 auf gut 87.000 Menschen im Jahr 2020 steigern. Diese würde einem Zuwachs von 75 Prozent entsprechen. Demzufolge ist der prognostizierte Ausgabenzuwachs im ambulanten Wohnen in Nordrhein-Westfalen auch ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt (vgl. Tabelle 2).<sup>62</sup>

Bei der Prognose der Zahl der Leistungsberechtigten im Bereich der Werkstätten wurde – wie oben ausgeführt – die demographische Entwicklung explizit berücksichtigt. Dies führt allerdings nicht dazu, dass es bis zum Jahr 2020 zu einem Rückgang der Zahl der Leistungsberechtigten kommt. Allerdings wird der prognostizierte Anstieg deutlich gedämpft. Ohne die Berücksichtigung der Altersstruktur wäre die Prognose zu einem Anstieg auf 312.000 Leistungsberechtigte im Jahr 2020 gekommen. Unter Einbeziehung der Altersstruktur steigt die Anzahl der Leistungsberechtigten bundesweit von knapp 260.000 Menschen im Jahr 2012 auf 288.000 Menschen im Jahr 2020. Dies entspricht einem Zuwachs von knapp elf Prozent.<sup>63</sup> In Nordrhein-Westfalen wäre im gleichen Zeitraum mit einem Zuwachs von gut 66.000 Personen auf mehr als 74.000 Personen zu rechnen – dies entspräche einem Zuwachs von etwa zwölf Prozent. Auch der Ausgabenzuwachs in Nordrhein-Westfalen entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt.

<sup>62</sup>Die Autoren rechnen jedoch damit, dass in Bundesländern mit einer hohen ambulanten Quote – zu diesen Ländern zählt Nordrhein-Westfalen – die Steigerung niedriger als berechnet ausfällt. So müsste die Dichte im ambulanten Wohnen in Nordrhein-Westfalen bis 2020 auf 5,01/1.000 Einwohner/innen ansteigen.

<sup>63</sup>Die Autoren rechnen damit, dass die Prognose die reale Entwicklung leicht unterschätzt. Zumindest wird eine Überschätzung weitgehend ausgeschlossen: „Auch unter Einbeziehung fachlicher Aspekte wird nicht erwartet, dass die Prognose über den gesamten Beobachtungszeitraum zu niedrig ist (Bunn et al. 2014, S. 75).“

Die Ausgabenentwicklung bei den Tagesförderstätten wird in erster Linie durch den prognostizierten massiven Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten verursacht. Hier wird – ohne Berücksichtigung der Altersstruktur – von einem Zuwachs um gut 24.000 Menschen im Jahr 2012 auf fast 35.000 Menschen im Jahr 2020 ausgegangen. Gleichzeitig steigende Fallkosten führen zu dem in Tabelle 1 dokumentierten Ausgabenanstieg von über 350 Millionen Euro für den Zeitraum von 2012 bis 2020.<sup>64</sup>

Im Vergleich zu den anderen dargestellten Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe ist die Datenbasis für die Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung deutlich weniger aussagekräftig. Auch der Status quo musste für einige Bundesländer Schätzungen auf der Basis der Daten aus den anderen Bundesländern abgebildet werden. Mit diesen lückenhaften Daten schätzen die Autoren einen Anstieg der Leistungsberechtigten von 17.900 Personen im Jahr 2012 auf 23.300 Personen im Jahr 2020. Die Ausgaben würden sich demnach im gleichen Zeitraum um etwa 90 Millionen Euro erhöhen.<sup>65</sup>

Die Datenbasis in den Leistungsbereichen für Kinder und Jugendliche ist im Vergleich zu den Daten für in den Leistungsbereichen für Erwachsene deutlich eingeschränkt. Die zur Verfügung stehenden Daten decken lediglich zehn Prozent der Gesamtbevölkerung ab. Diese Daten werden auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Zudem liegen umfassende Daten nach Aussage der Autoren erst ab dem Basisjahr 2010 vor. Die entsprechende Prognose ist daher im Gegensatz zu den übrigen Leistungsbereichen eher als grobe Schätzung „mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Abweichung vom prognostizierten Szenario“ anzusehen.<sup>66</sup>

Für das Jahr 2012 wird die Anzahl der Leistungsberechtigten mit Integrationshilfen in Regel- sowie in Förderschulen auf 33.500 Personen geschätzt. Vor dem Hintergrund der hohen Wachstumsdynamik der Integrationshilfen erhöht sich die Anzahl der Leistungsberechtigten im Jahr 2020 auf rund 63.800 Menschen – nahezu eine Verdoppelung. Die Ausgaben für die Integrationshilfen würden demnach von rund 400 Millionen Euro im Jahr 2012 auf rund 980 Millionen Euro im Jahr 2020 wachsen. Die Autoren rechnen zwar mit einer Abschwächung des aus der Vergangenheit fortgeschriebenen Trends im Prognosezeitraums – können den Zeitpunkt dieser Abschwächung jedoch nicht genauer benennen.<sup>67</sup>

Weniger stark ausgeprägt ist die Dynamik für die Prognose der Ausgaben für die Frühförderung. Hiermit sind sowohl die ambulante Frühförderung als auch die Komplexleistung interdisziplinäre Frühförderung gemeint. Nach der Schätzung bekamen im Jahr 2012 rund 133.000 Kinder Leistungen der Frühförderung. Die Prognose geht für das Jahr 2020 von einem Anstieg auf rund 167.000 Kinder aus. Dieser Anstieg würde zu einem Ausgabenanstieg von rund 500 Millionen Euro im Jahr 2012 auf etwa 770 Millionen Euro im Jahr 2020 führen.<sup>68</sup>

Die Kindertageseinrichtungen weisen im Gegensatz zu den anderen Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe in den letzten Jahren – und damit auch in der Prognose bis zum Jahr 2020 – sinkende Zahlen von Leistungsberechtigten auf. So sinkt die Anzahl der Leistungsberechtigten von knapp 89.000 Kindern

---

<sup>64</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 79. Zahlen für Nordrhein-Westfalen wurden nur für die Leistungsbereiche stationäres Wohnen, ambulantes Wohnen und Werkstätten dokumentiert.

<sup>65</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 80ff.

<sup>66</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 83.

<sup>67</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 82ff.

<sup>68</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 84ff.



im Jahr 2012 auf etwa 83.000 Kinder im Jahr 2020. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass dieser prognostizierte Rückgang ausschließlich auf einem Rückgang der Leistungsberechtigten in den Jahren 2010 bis 2012 um etwa 1.400 Kinder beruht – und selbst diese Zahlen beruhen auf einer Schätzung. Insofern ist die nur sehr moderate Ausgabensteigerung von 1,53 Milliarden Euro auf 1,55 Milliarden Euro zwischen 2012 und 2020 mit größter Vorsicht zu bewerten.<sup>69</sup>

Zusammenfassend geht aus der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales angefertigten Prognose hervor, dass sich die Ausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im mittelfristigen Zeitraum von 2012 bis 2020 um knapp über 5 Milliarden Euro erhöhen werden. Die Prognose geht allerdings von der Annahme aus, dass sich die Ausgabendynamik der vergangenen Jahre im unveränderten Ausmaß fortsetzen wird. Verantwortlich für den Ausgabenanstieg ist in erster Linie der Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten. Der Anstieg der Fallkosten fällt in der Prognose vergleichsweise moderat aus. Die demographische Veränderung wurde explizit nur bei den Leistungsberechtigten in den Werkstätten berücksichtigt. Hier führt die demographische Veränderung zu einer Ausgabendämpfung durch den altersbedingten Abgang bei Erreichen des Renteneintrittsalters. Andere demographische Effekte – etwa im Rahmen einer höheren Lebenserwartung durch verbesserte medizinische Versorgung – sind in der Trendfortschreibung aus der Vergangenheit berücksichtigt. Die demographische Entwicklung ist auf der Grundlage des vorliegenden Zahlenmaterials jedoch nicht von anderen Kontextfaktoren – etwa der Wirtschaftslage, der Anbieterlandschaft und gesellschaftlichen Wandels – zu trennen.

## 2. Beeinflussbarkeit der Ausgabenentwicklung

Die oben skizzierte Prognose über die Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2020 ist davon ausgegangen, dass die Wirksamkeit der sogenannten Kontextfaktoren aus der unmittelbaren Vergangenheit in die Zukunft fortgeschrieben wird. Diese Annahme ist nur für solche Kontextfaktoren zwingend, die – zumindest im Prognosezeitraum bis 2020 – nicht beeinflussbar sind. Aus diesem Grund soll in diesem Abschnitt zunächst eine Unterscheidung zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Kontextfaktoren vorgenommen werden. Im Anschluss wird auf der Basis der *con\_sens*-Prognose eine grobe Abschätzung vorgenommen, wie sich die Veränderung beeinflussbarer Kontextfaktoren auf die Ausgabenentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auswirken würde.<sup>70</sup>

Zumindest kurzfristig wenig beeinflussbar ist die demographische Entwicklung. So ist der oben dargestellte altersbedingte Abgang von in Werkstätten beschäftigten Personen bei Erreichen des Renteneintrittsalters nicht durch gesetzliche Regelungen beeinflussbar – es sei denn das Renteneintrittsalter würde verändert. Weitere demographische Veränderungen – wie eine steigende Lebenserwartung durch eine verbesserte gesundheitliche Versorgung – sind ebenfalls als konstante Rahmenbedingung zu betrachten. Davon unbenommen ist die zunehmende Bedeutung der Koordination zwischen Maßnahmen der Eingliederungshilfe und der stationären bzw. ambulanten Pflege sowie der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung im steigenden Lebensalter.

---

<sup>69</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 86ff.

<sup>70</sup> Selbstverständlich würde sich die Ausgabenentwicklung auch durch die Anspruchsberechtigung und die Höhe des Leistungsanspruchs beeinflussen lassen – sowohl nach oben als auch nach unten. Die Autoren dieses Gutachtens gehen jedoch im Weiteren davon aus, dass die beiden genannten Faktoren konstant gehalten werden.

Ebenfalls wenig beeinflussbar – zumindest durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe – ist die generelle Wirtschaftslage und die Arbeitsmarktsituation. Gute konjunkturelle Rahmenbedingungen und eine daraus resultierende verbesserte Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarkts für Menschen mit Behinderung sind durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe ebenso wenig beeinflussbar wie umkehrt schlechte konjunkturelle Rahmenbedingungen und eine verschlechterte Aufnahmefähigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts für Menschen mit Behinderung. Durchaus beeinflussbar ist jedoch im Gegensatz dazu das Ausmaß von Bemühungen der Eingliederungshilfe, die Integration von Menschen mit Behinderung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhöhen (siehe unten).

Ein weiterer wichtiger Kontextfaktor ist die Anbieterlandschaft in den jeweiligen Regionen. Diese ist zumindest kurzfristig zwar nicht beeinflussbar. Ambulant betreute Wohnformen können etwa solchen Regionen nicht von einem Tag auf den anderen angeboten werden, wenn stationäre Angebote den Markt dominieren. Die Autoren dieses Gutachtens gehen jedoch davon aus, dass die Anbieterlandschaft durch steuernde Maßnahmen der Leistungsträger in der Eingliederungshilfe zum Beispiel zu Gunsten ambulanter Dienste durchaus beeinflussbar ist (siehe unten).

Die Ausgabenentwicklung der Eingliederungshilfe – insbesondere die Zahl der Leistungsberechtigten – wird zudem durch eine Reihe von gesellschaftlich determinierten Faktoren bestimmt. Diese Faktoren sind weitgehend als exogen gegeben anzusehen. Dazu zählen unter anderem der soziale Wandel durch nachlassende familiäre Bindungen, die zunehmende Diagnostik seelischer Erkrankungen und den Zusammenhang von Behinderung und sozialen Faktoren.<sup>71</sup>

## **2.1 Ausgabenentwicklung bei den Wohnleistungen**

In den letzten Jahren hat eine zunehmende Umsteuerung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung weg von stationären hin zu ambulanten Wohnleistungen stattgefunden. Die Ursache dieses Trends liegt zum einen in der entsprechenden Präferenz der Menschen mit Behinderung. Zum anderen dürften aber auch die niedrigeren Fallkosten aus Sicht der Leistungsträger eine weitere Ursache für diesen Trend sein. Im Jahr 2012 lagen die durchschnittlichen Fallkosten im stationären Wohnen bundesweit bei knapp 40.000 Euro pro Jahr – im ambulanten Wohnen lag der Wert bei etwa 9.000 Euro. In Nordrhein-Westfalen lagen die Ausgaben bei im gleichen Jahr 46.500 Euro (stationäres Wohnen) bzw. bei 9.500 Euro (ambulantes Wohnen).<sup>72</sup>

Messen lässt sich der Trend anhand der ambulanten Quote – dem Anteil des ambulanten Wohnens an allen Wohnleistungen. Diese Quote ist von knapp 27 Prozent im Jahr 2005 auf 42 Prozent im Jahr 2012 angestiegen. Für die Ausgabenentwicklung im Bereich des Wohnens – im Jahr 2012 wurden für das Wohnen immerhin knapp 60 Prozent aller Ausgaben für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aufgebracht – dürfte die Fortentwicklung der ambulanten Quote von entscheidender Bedeutung sein. Der Zuwachs des Anteils ambulanten Wohnens hat sich seit 2008 abgeschwächt. Insofern ist unklar, ob der Trend der Vergangenheit auch für die Zukunft anhält. Für einen weiter steigenden Anteil ambulanten

---

<sup>71</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 38ff.

<sup>72</sup> Eigene Berechnungen auf der Basis von Bunn et al. 2014, S. 209ff.

Wohnens stehen die positiven Wirkungen sozialer Inklusion und gerade die steigende Verselbständigung jüngerer Menschen mit Behinderung. Es gibt allerdings auch eine Reihe von Faktoren, die den weiteren Ausbau ambulanten Wohnens hemmen. Dazu zählen der fehlende behinderungsgerechte Wohnraum auf einem bezahlbaren Mietniveau, eine nicht ausreichende behinderungsgerechte barrierefreie Infrastruktur – etwa im Personennahverkehr – und eine nicht ausreichende oder ganz fehlende angepasste soziale Infrastruktur. Die weitere Entwicklung der ambulanten Quote ist mit anderen Worten davon abhängig, inwieweit es den örtlichen und überörtlichen Trägern der Eingliederungshilfe und anderen politischen Entscheidungsträgern gelingt, die Rahmenbedingungen für ambulantes Wohnen für Menschen mit Behinderung zu verbessern.<sup>73</sup>

Die Autoren des con\_sens-Gutachten rechnen allerdings damit, dass in den nächsten Jahren die eher hemmenden Faktoren dominieren und damit der Ausbau des ambulanten Wohnens im Vergleich zu der Entwicklung in den letzten Jahren gedämpft wird. Als Konsequenz würde die ambulante Quote bis zum Jahr 2020 zwar noch weiter ansteigen – allerdings nur noch auf 50,6 Prozent statt auf 52,5 Prozent. Dies würde bedeuten, dass bis zum Jahr 2020 rund 9.000 Menschen zusätzlich stationäre Wohnformen in Anspruch nehmen müssten. Diese Entwicklung würde bis zum Jahr 2020 die Ausgaben für die Eingliederungshilfe bundesweit um zusätzliche 315 Millionen Euro erhöhen.<sup>74</sup>

In Nordrhein-Westfalen lag die ambulante Quote im Jahr 2012 bereits bei 52,5 Prozent. Die Fortschreibung des Trends der Vergangenheit würde zu einer ambulanten Quote von 65 Prozent im Jahr 2020 führen. Würde diese Quote nicht erreicht, würden wegen der überdurchschnittlich hohen prognostizierten Fallkosten 1.000 zusätzliche Personen im stationären Wohnen die Ausgaben für die Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2020 um 43 Millionen Euro erhöhen. Umgekehrt würde eine über die prognostizierte ambulante Quote hinausgehende Ausschöpfung ambulanter Wohnformen die Ausgaben für die Eingliederungshilfe im entsprechenden Ausmaß verringern.<sup>75</sup>

## **2.2 Ausgabenentwicklung bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderung**

In der oben genannten Prognose wurde – wie erwähnt – die demographische Entwicklung bei den Abgängen aus Werkstätten besonders berücksichtigt. Durch den erhöhten altersbedingten Abgang werden die Zahl der Leistungsberechtigten und damit gleichzeitig der Ausgabenanstieg im Vergleich zu der Entwicklung aus der Vergangenheit zukünftig deutlich gebremst. Weitere zentrale Determinanten für die Anzahl der Leistungsberechtigten in der Werkstätten ist das Ausmaß der Überleitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, die Anzahl der Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger in Werkstätten und das Ausmaß der Übergänge aus Förderschulen bzw. integrativen Schulen in Werkstätten.<sup>76</sup>

Die Überleitung aus Werkstätten in den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt jedoch bisher nur ausgesprochen selten – im Jahr 2012 gelang dies nur 76 Menschen. Selbst eine Verdoppelung dieser Zahl bis zum Jahr 2020 würde die prognostizierte Zunahme der Leistungsberechtigten in Werkstätten um knapp 30.000 Menschen nur marginal verringern. Der finanzielle Effekt wäre bei Fallkosten von rund

---

<sup>73</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 89ff.

<sup>74</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 92.

<sup>75</sup> Eigene Berechnungen auf der Basis von Bunn et al. 2014, S. 209ff.

<sup>76</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 93.

15.000 Euro pro Jahr zu vernachlässigen. Nennenswerte Effekte auf die Ausgabenentwicklung wären erst bei deutlich höheren Auswirkungen auf die Anzahl der Leistungsberechtigten spürbar. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn der Zugang von Quereinsteiger/innen in Werkstätten im Saldo um 20 Prozent reduziert werden und diese Personen anderweitig beschäftigt werden könnten. Kumuliert bis zum Jahr 2020 könnte damit der Zugang zu Werkstätten um fast 5.700 Personen reduziert werden. Der prognostizierte Ausgabenanstieg im Jahr 2020 könnte somit um 87 Millionen Euro jährlich verringert werden.<sup>77</sup> Gegenzurechnen wären allerdings die – möglicherweise niedrigeren – Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an anderer Stelle, zum Beispiel für Unterstützte Beschäftigung. Es ist aber zu erwarten, dass diese Kosten niedriger ausfallen als die Kosten in den Werkstätten für behinderte Menschen, da auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eher eine schrittweise Unabhängigkeit von unterstützenden Leistungen erreicht werden kann.

Eine weitere Möglichkeit, den Zuwachs der Zahl von Leistungsberechtigten in den Werkstätten und den damit verbundenen Ausgabenanstieg zu verringern, liegt in der zunehmenden inklusiven Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in Regelschulen. Dadurch könnte der Automatismus eines Übergangs von einer Förderschule in eine Werkstätte durchbrochen und die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass eine Ein- bzw. Überleitung in den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt. Bei einer vorsichtigen Schätzung könnte der Saldo von Zugängen zu Werkstätten um fünf Prozent reduziert werden. Dies entspricht bis zum Jahr 2020 etwa 1.400 Personen oder einer Reduzierung des Ausgabenrückgangs von etwa 22 Millionen Euro pro Jahr.<sup>78</sup>

Ein weiterer Kontextfaktor der Ausgabenentwicklung sind erwartbare und mögliche Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Hier ist zunächst an das Verhältnis zwischen der Eingliederungshilfe als Teil des nachrangigen Sicherungssystems Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) und vorgelagerten Sicherungssystemen der Sozialversicherung, sozialen Entschädigung und sozialen Förderung zu denken. Gegenwärtig sind zum Beispiel die Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe aus 256 Euro monatlich beschränkt (§ 43a SGB XI), während sie für alle anderen Versicherten der Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen zwischen 1.023 Euro (Pflegestufe I) und 1.918 Euro (Pflegestufe III und Härtefall) betragen. Die Differenz geht in einigen Fällen zu Lasten der behinderten Menschen selbst, in vielen Fällen aber zu Lasten der Träger der Sozialhilfe. Die Regelung in § 43a SGB XI steht aus guten Gründen in der Kritik und wird zum Teil auch als Verstoß gegen Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) angesehen. Die Regelung ist allerdings vom Bundessozialgericht – noch vor Inkrafttreten der UN-BRK – als verfassungsgemäß angesehen worden.<sup>79</sup> Es spricht jedoch manches dafür, dass dies heute im Lichte der weiteren rechtlichen und sozialen Entwicklung anders zu beurteilen ist.<sup>80</sup> Die anfangs zur Rechtfertigung herangezogenen Anlaufschwierigkeiten der Pflegeversicherung bestehen nicht mehr. Behinderte Menschen und ihre Angehörigen sind seit vielen Jahren auch als Beitragszahler in die Pflegeversicherung integriert. In stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe werden in einem schwer quantifizierbaren Umfang auch Leistungen in Trägerschaft der Eingliederungshilfe erbracht, die bei einem Leben der Leistungsberechtigten in einem eigenen Haushalt als häusliche Krankenpflege, Heilmittel, ambulante Rehabilitation durch Einrichtungen, Soziotherapie oder Hilfsmittel in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenkassen, in

---

<sup>77</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 93ff.

<sup>78</sup> Vgl. Bunn et al. 2014, S. 96ff.

<sup>79</sup> BSG v. 26.4.2001, B 3 P 11/00 R, NZS 2002, 89.

<sup>80</sup> Ausführlich: Felix Welti, Pflegeleistungen und Teilhabeleistungen in Einrichtungen, Sozialrecht aktuell 2012, S. 189 ff.

Einzelfällen auch anderer Rehabilitationsträger und Leistungsträger der Krankenbehandlung zu erbringen wären. Zum Teil könnten diese Leistungen bereits heute und auch in Einrichtungen in die Trägerschaft der vorrangigen Träger überführt werden, wenn die Träger der Sozialhilfe ihren Planungs- und Koordinationspflichten nach §§ 10, 27 SGB IX besser nachkämen. Zum Teil ist die Zuordnung der Leistungen zur Leistungspflicht der Einrichtungen aber auch durch die gesetzlichen Regelungen verursacht. So nennt § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe nicht als einem Haushalt gleichwertige Orte der Leistungserbringung.

### 2.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die Ausführungen zu den beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Kontextfaktoren, dass die Ausgabenentwicklung der Eingliederungshilfe zumindest teilweise beeinflussbar ist. Zwar bestimmen Kontextfaktoren wie die demographische, gesellschaftliche und allgemeine wirtschaftliche Entwicklung einen Großteil der Nachfrage nach Eingliederungshilfe und damit die Anzahl der Leistungsberechtigten. Faktoren wie die Anbieterlandschaft und das Ausmaß der Überleitung in den allgemeinen Arbeitsmarkt sind jedoch zumindest mittel- bis langfristig durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe beeinflussbar. Insbesondere die Substitution stationärer durch ambulante Wohnformen und die Vermeidung von Zugängen zu Werkstätten sind wichtige Instrumente zur Steuerung der Ausgabenentwicklung. Umgekehrt dürfte die Ausgabenentwicklung noch stärker als prognostiziert ausfallen, wenn die genannten Instrumente nicht oder nur mit Verzögerung eingesetzt werden. Die vorgeschlagene Umsteuerung in Richtung von Leistungen außerhalb von Einrichtungen ist naturgemäß mit einer Zunahme der begleitenden Leistungen verbunden. Das sind jedoch keine Leistungserweiterungen, sondern unverzichtbare Investitionen zur Erschließung der Einsparpotentiale, die mit den im Gutachten vorgeschlagenen Veränderungen der Struktur der Leistungen verbunden sind.

### 3. Maßnahmen zur Entlastung der Kommunen

Im Koalitionsvertrag haben CDU/CSU sowie SPD verabredet, dass die Kommunen im Rahmen der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes im Umfang von fünf Milliarden Euro jährlich von den Ausgaben für die Eingliederungshilfe entlastet werden.<sup>81</sup> In diesem Abschnitt gehen die Gutachter der Frage nach, welche Mechanismen für die vereinbarte Entlastung sachgerecht wären.

Die Formulierung im Koalitionsvertrag legt die Vermutung nahe, dass die Kommunen einmalig um den genannten Betrag von 5 Milliarden Euro pro Jahr entlastet werden – etwa über eine veränderte Verteilung der Einnahmen aus der Umsatzsteuer zugunsten der Länder und Kommunen. Aus Sicht der Kommunen ist eine einmalige Entlastung insofern problematisch, weil sie die oben angesprochene prognostizierte Dynamik der Leistungsberechtigten und damit auch der Ausgabenentwicklung nicht berücksichtigt.<sup>82</sup> Steigen die Ausgaben wie prognostiziert, wird die Entlastung durch den Ausgabenanstieg bis zum Jahr 2020 mehr als aufgezehrt. Die Entlastung der Kommunen wäre somit nicht nachhaltig. Aus Sicht der

---

<sup>81</sup> Vgl. CDU/CSU/SPD (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode, S. 88

<sup>82</sup> Das prognostizierte Wachstum der Ausgaben für die Eingliederungshilfe liegt deutlich über dem prognostizierten Wachstum der Umsatzsteuer.

Gutachter wäre es daher sachgerecht, wenn sich der Bund auch an der Dynamik der Ausgabenentwicklung beteiligen würde.

Bei der Beurteilung entsprechender Mechanismen spielen jedoch neben der nachhaltigen Entlastung der Kommunen auch weitere Kriterien eine Rolle. Insbesondere ist zu beurteilen, inwieweit der ebenfalls im Koalitionsvertrag vereinbarten Paradigmenwechsel von einer Institutionen- zur Personenzentrierung und das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention unterstützt werden.<sup>83</sup> In der Folge werden daher die unten stehenden Maßnahmen zur Entlastung der Kommunen vor dem Hintergrund der genannten Kriterien beurteilt.<sup>84</sup>

### **3.1 Finanzierung der Ausgaben für den Bereich Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit**

Die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme ergibt sich nicht nur aus der Motivation, die Kommunen nachhaltig von den Ausgaben für die Eingliederungshilfe zu entlasten. Bisher sind für die Finanzierung und Steuerung des Leistungsbereichs Teilhabe am Arbeitsleben mehrere Finanzierungsträger – neben den Trägern der Eingliederungshilfe vor allem die Bundesagentur für Arbeit – zuständig. Die Übertragung der Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung für diesen Leistungsbereich auf einen Träger hätte aus Sicht der Gutachter eine Reihe von Vorteilen. Erstens würden sich Schnittstellen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und der Bundesagentur für Arbeit reduzieren, weil letztere durchgängig für den Leistungsbereich Teilhabe am Arbeitsleben zuständig wäre. Durch die Zusammenführung der Finanzierung- und Steuerungsverantwortung könnte die Teilhabe am Arbeitsleben erleichtert werden. Die Bundesagentur hätte insbesondere einen Anreiz, die betreffende Personengruppe auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln. Der Anreiz, an der Schnittstelle zwischen Arbeitsmarkt und WfbM von einer dauerhaften Ausgliederung auf dem Arbeitsmarkt auszugehen, könnte mindestens vermindert werden. Alternativen zur Werkstatt würden vom gleichen Träger gefördert wie die Beschäftigung in der Werkstatt. Diese Vorteile überkompensieren aus Sicht der Gutachter den Nachteil, dass eine neue Schnittstelle zwischen dem Leistungsbereich Teilhabe am Arbeitsleben und in der Verantwortung der Eingliederungshilfe verbleibenden Leistungsbereichen – insbesondere Leistungen zur Unterkunft – entsteht. Insbesondere Menschen mit Behinderungen in Werkstätten würden einen zusätzlichen Ansprechpartner erhalten.<sup>85</sup>

Fiskalisch würde die Finanzierung des Leistungsbereichs Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit die Kommunen um die Ausgaben für Leistungsberechtigte in Werkstätten für behinderte Menschen entlasten. Im Jahr 2012 handelt es sich – wie oben ausgeführt – um einen Betrag von etwa 3,6 Mrd. Euro. Nach der *con\_sens*-Prognose steigt dieser Ausgabenposten bis zum Jahr 2020 auf 4,4 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 1). Der Entlastungseffekt für die Kommunen durch diese Maßnahme wäre

---

<sup>83</sup> Vgl. CDU/CSU/SPD (2013), S. 111.

<sup>84</sup> Eine Übernahme der Kosten für Unterkunft und Heizung der Langzeitarbeitslosen und Empfänger der Grundsicherung (KdU) – wie im sogenannten „Schäuble-Scholz-Papier“ postuliert (vgl. etwa Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11. November 2014, „Zentralstaat oder Autonomie“) anstelle der Entlastung der Kommunen im Rahmen der Eingliederungshilfe ist aus Sicht der Gutachter keinesfalls sachgerecht. Eine verbesserte Personenzentrierung wird durch diese Maßnahme ohne direkten Bezug auf die Eingliederungshilfe nicht erreicht.

<sup>85</sup> Vgl. ausführlich ASMK (2013). Ergebnisprotokoll der 90. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 27./28. November 2013 in Magdeburg, S. 26ff.

damit deutlich nachhaltiger als durch eine einmalige Entlastung, da die Kommunen zumindest teilweise von der absehbaren Ausgabendynamik entlastet werden würden.

Problematisch ist aus gesamtgesellschaftlicher Sicht jedoch das Risiko, dass der Bund sich seiner Finanzierungsverantwortung entzieht und die Finanzierung der angesprochenen Leistungen zukünftig zumindest teilweise durch die Beiträge im Rahmen der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung erfolgt. Dies wäre insbesondere im Hinblick auf die entstehenden Verteilungswirkungen aus Sicht der Gutachter nicht sachgerecht.<sup>86</sup> Insoweit müsste die Übernahme dieser Aufgabe durch einen dauerhaften Bundeszuschuss flankiert werden.

### **3.2 Finanzierung der Ausgaben für Pflege in stationären Behinderteneinrichtungen durch die soziale Pflegeversicherung**

Eine weitere Möglichkeit zur Entlastung der Kommunen besteht darin, dass die Pflegeversicherung die Finanzierungsverantwortung für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe zugewiesen bekommt. Bisher umfasst die Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen. Menschen mit Behinderungen in diesen Einrichtungen erhalten damit die Pflegeleistungen vom Träger der Sozialhilfe und nicht von der Pflegeversicherung. Ein finanzieller Ausgleich durch die Pflegeversicherung findet gemäß § 43a SGB XI nur in sehr beschränktem Ausmaß statt (vgl. oben).

Aus Sicht der Gutachter wäre eine Verlagerung der Ausgabenverantwortung auf die Pflegeversicherung durchaus sachgerecht und würde die Kommunen um etwa 2 Milliarden Euro pro Jahr entlasten.<sup>87</sup> Die Kommunen würden zudem von dem in diesem Leistungsbereich beträchtlichen Risiko der Ausgabendynamik entlastet. Es besteht jedoch – ebenso wie bei der Verlagerung der Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – die Gefahr, dass sich der Bund seiner Finanzierungsverantwortung entzieht und die jeweiligen Leistungen letztendlich zumindest teilweise durch Beiträge finanziert werden. Dies wäre hier allerdings nicht systemwidrig, da es sich bei den behinderten Menschen in Einrichtungen um Versicherte handelt, für die im Rahmen der Familienversicherung, durch die Träger der Rentenversicherung oder die Träger der Sozialhilfe Beiträge entrichtet werden. Nachteile für die Leistungsberechtigten würden sich nicht ergeben, wenn die Steuerung der Leistungen weiterhin durch den Träger der Eingliederungshilfe erfolgt. Dieser ist im Übrigen ohnehin verpflichtet, bei dieser Steuerung mit der Pflegekasse zu kooperieren, die eine eigene Steuerungsverantwortung hat (§§ 7, 7a SGB XI).

### **3.3 Einführung eines durch den Bund finanzierten und dynamisierten Bundesteilhabegeldes**

Im Koalitionsvertrag haben CDU/CSU und SPD vereinbart, im Rahmen der Reform des Eingliederungsrechts die Einführung eines Bundesteilhabegeldes zu prüfen.<sup>88</sup> Grundsätzlich ist unter dem Begriff die

---

<sup>86</sup> Vgl. zu den unterschiedlichen Verteilungswirkungen von Steuern und Beiträgen sowie zur wiederholten Kürzung des Bundeszuschusses in der gesetzlichen Krankenversicherung Greß, S./K.-J. Bieback (2014). Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit. ifo Schnelldienst 67(7), S. 6-9.

<sup>87</sup> Vgl. ASMK 2013, S. 29.

<sup>88</sup> Vgl.: CDU/CSU/SPD (2013), S. 111.

Einführung einer vom Bund finanzierten Geldleistung zu verstehen, die Menschen mit Behinderungen zum Ausgleich der behinderungsbedingten Nachteile und des behinderungsbedingten Mehraufwands erhalten. Diskutiert wird in erster Linie die Einführung eines Bundesteilhabegeldes für Erwachsene in Höhe der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz – was etwa einem Betrag von 660 Euro monatlich entspricht. Eine Anrechnung auf andere Leistungen der Sozialhilfe ist nicht vorgesehen.<sup>89</sup>

Äußerst kontrovers diskutiert wird allerdings erstens, in welcher Höhe Leistungen der von den Kommunen finanzierten Eingliederungshilfe auf das Teilhabegeld angerechnet werden. Zweitens unterscheiden sich die Vorschläge zur Einführung eines Bundesteilhabegeldes entscheidend dadurch, inwieweit Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten bei der Anspruchsberechtigung zum Bundesteilhabegeld berücksichtigt werden sollen. Sowohl die inhaltliche Bewertung der Einführung eines Bundesteilhabegeldes als auch die fiskalische Effekte hängen entscheiden von der Ausgestaltung der beiden zuletzt genannten Parameter ab.

Insgesamt dürfte unstrittig sein, dass die Einführung eines Bundesteilhabegeldes die Personenzentrierung im Eingliederungsrecht deutlich stärken würde. Eine Entlastung der Kommunen tritt allerdings nur dann ein, wenn durch die Kommunen finanzierte Leistungen der Eingliederungshilfe auf das Bundesteilhabegeld angerechnet werden können.

Die Einführung eines voll auf die kommunal finanzierten Leistungen der Eingliederungshilfe anrechenbaren Bundesteilhabegelds würde auf der einen Seite die Entlastungswirkung für die Kommunen erhöhen – auf der anderen Seite die Dispositionsmöglichkeiten der Leistungsberechtigten über die Geldleistung Teilhabegeld deutlich verringern. Die Gutachter halten daher den Vorschlag der Bundesländer für sachgerecht, das Bundesteilhabegeld bis auf einen Eigenanteil von 127 Euro monatlich auf die von den Kommunen finanzierten Leistungen der Eingliederungshilfe anzurechnen.<sup>90</sup>

Für eine Prüfung der Anspruchsberechtigung auf das Bundesteilhabegeld unter Offenlegung und Anrechnung der persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnisse sprechen vor allem die befürchteten fiskalischen Effekte in Form von Einnahmeausfällen für die Kommunen (siehe unten).

Aus Sicht der Gutachter gibt es jedoch auch eine Reihe von guten Gründen, die einen Verzicht auf die Einkommens- und Vermögensanrechnung rechtfertigen. So zielt das Bundesteilhabegeld darauf ab, Menschen mit Behinderung einen Ausgleich der behinderungsbedingten Nachteile und des behinderungsbedingten Mehraufwands zur Verfügung zu stellen. Der Grundgedanke des Sozialhilferechts, mit Unterstützung der Sozialhilfe temporäre Notlagen zu überwinden, ist aus Sicht der Gutachter hier nicht relevant. Der Anspruch auf Nachteilsausgleich besteht unabhängig von der individuellen Einkommens- und Vermögenssituation. Eine entsprechende Bedürftigkeitsprüfung hätte dagegen eine – wahrscheinlich durchaus beabsichtigte – abschreckende Wirkung. Zudem ist die Einkommens- und Vermögensprüfung mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden, der mögliche Einsparungen teilweise konsumiert. Jedenfalls ist die Vereinbarkeit der Einkommens- und Vermögensprüfung mit dem Recht auf angemessenen Lebensstandard und Alterssicherung nach Art. 28 UN-BRK und dem Recht auf Schutz der Ehe und

---

<sup>89</sup> Vgl. ASMK 2013, S. 9

<sup>90</sup> Vgl. ASMK 2013, S. 98



Familie nach Art. 22 UN-BRK und Art. 6 Abs. 1 GG infrage gestellt, wenn sie dazu führt, dass behinderte Menschen aus eigenem Einkommen nicht wesentlich über das Existenzminimum kommen, keine private Alterssicherung betreiben können und an einer Familiengründung gehindert sind, da Einkommen und Vermögen der Partner der Anrechnung unterfallen.

Die fiskalische Entlastungswirkung der Einführung eines Bundesteilhabegeldes für die Kommunen wäre erheblich. Bei einem Bundesteilhabegeld in Höhe von 660 Euro pro Monat für erwachsene Leistungsberechtigte, einem Eigenanteil von 127 Euro pro Monat und etwa 478.000 Leistungsberechtigten ergäbe sich für das Jahr 2012 eine Entlastung der Kommunen von knapp 3,1 Milliarden Euro. Die Belastung für den Bund würde etwa 3,8 Milliarden Euro betragen – der Differenzbetrag kommt den Leistungsberechtigten unmittelbar zugute.<sup>91</sup> Steigt die Anzahl der Leistungsberechtigten wie prognostiziert auf knapp 602.000 Erwachsene, steigt der Entlastungseffekt für die Kommunen selbst bei einem nicht dynamisierten Bundesteilhabegeld auf etwa 3,9 Milliarden Euro – der Bund würde mit knapp 4,8 Milliarden Euro belastet werden. Die steigende Entlastung macht deutlich, dass schon alleine die Bindung an die Zahl der Leistungsberechtigten zu einer nachhaltigen Entlastung der Kommunen führt. Der Entlastungseffekt würde noch weiter ansteigen, wenn das Bundesteilhabegeld selbst etwa mit der allgemeinen Einkommensentwicklung dynamisiert werden würde.

Bei den genannten Effekten ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Einführung eines Bundesteilhabegeldes und der von den Gutachtern befürwortete Verzicht auf die Heranziehung von Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten auch zu Mehrausgaben für die Kommunen führen dürfte.

Erstens gibt es einen Personenkreis, bei denen der Anspruch auf Fachleistungen schon jetzt unterhalb der beabsichtigten Höhe des Bundesteilhabegeld abzüglich des vorgesehenen Eigenanteils liegt – dieser Personenkreis würde in den Genuss eines höheren Eigenanteils (Teilhabegegewinn) kommen. Gleichzeitig bliebe die Belastung für den Bund konstant. Der Effekt auf der Basis von Berechnungen für Hamburg und Westfalen-Lippe wird bundesweit auf den Betrag von 200 bis 400 Millionen Euro pro Jahr geschätzt und betrifft nahezu ausschließlich Leistungsempfänger im Bereich des ambulanten Wohnens. Damit würden auch die Anreize für die Kommunen gesenkt, stärker in den Bereich ambulantes Wohnen zu investieren. Dieser Effekt könnte durch ein gestuftes Bundesteilhabegeld weitgehend vermieden werden – was aber letztlich einen erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen würde.<sup>92</sup>

Zweitens könnte ein Verzicht auf die Heranziehung von Einkommen und Vermögen zu der durchaus beabsichtigten Wirkung führen, dass die Barrieren zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe sinken und die Nachfrage steigt. Die entsprechenden Effekte sind nur schwer zu quantifizieren. Grobe Schätzungen gehen von einer zusätzlichen Belastung zwischen 180 Millionen Euro und 340 Millionen Euro aus.<sup>93</sup> Die Gutachter halten jedoch schon den unteren Wert für eine Überschätzung, weil er von einem Anstieg von 1,5 Prozent im Bereich stationäres Wohnen ausgeht. Insgesamt dürfte daher eher ein Betrag von maximal 150 Millionen Euro pro Jahr realistisch sein.

---

<sup>91</sup> Die Unterarbeitsgruppe SQ (Statistik und Quantifizierung) der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz kommt auf eine Gesamtbelastung von 4,2 Mrd. Euro bei 528.000 Leistungsberechtigten. Die letzte Zahl beruht auf Angaben des Statistischen Bundesamts und ist nicht um Doppelzählungen bereinigt.

<sup>92</sup> Vgl. BMAS (2014a). Pauschale Geldleistung als mögliche Leistungsform der Fachleistung, Prüfung Einführung Bundesteilhabegeld (BTG), Blinden- und Gehörlosengeld (für: 4. Sitzung AG Bundesteilhabegesetz, TOP 3). UAG SQ - Bundesteilhabegesetz. 1. Sitzung am 6. November 2014. Bearbeitungsstand: 16. Dezember 2014 final, S. 4f.

<sup>93</sup> Vgl. BMAS (2014b). Bedürftigkeitsunabhängigkeit der Fachleistungen (Langfassung). Für: 4. Sitzung AG Bundesteilhabegesetz, TOP 2. UAG SQ - Bundesteilhabegesetz. 1. Sitzung am 6. November 2014. Bearbeitungsstand: 16. Dezember 2014 final, S 2f.

Drittens hätten die Kommunen Einnahmeausfälle, wenn sie auf die Heranziehung von Einkommen und Vermögen bei der Gewährung der Eingliederungshilfe verzichten müssten. Dies setzt voraus, dass sowohl die durch die Kommunen finanzierte Eingliederungshilfe als auch das Bundesteilhabegeld einkommensunabhängig gewährt werden. Andernfalls bestände die Gefahr, dass Anspruchsberechtigte nur das Bundesteilhabegeld in Anspruch und wegen der Einkommens- und Vermögensanrechnung keine von den Kommunen finanzierten Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen. Der Einnahmeausfall wird auf die Summe von 210 bis 250 Millionen Euro pro Jahr geschätzt.<sup>94</sup> Hier muss allerdings der nicht unerhebliche Verwaltungsaufwand bei Wegfall der Einkommens- und Vermögensanrechnung gegengerechnet werden.

### **3.4 Zusammenfassung**

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass eine nachhaltige Entlastung der Kommunen bei der Finanzierung der Eingliederungshilfe nur nachhaltig sein kann, wenn sich der Bund auch an der absehbaren Ausgabendynamik beteiligt.

Aus Sicht der Gutachter ist die Einführung eines vom Bund finanzierten dynamisierten Bundesteilhabegeldes dafür das am ehesten geeignete Instrument. Durch das Bundesteilhabegeld erhalten Menschen mit Behinderung außerdem unabhängig von den individuellen Einkommens- und Vermögensverhältnissen einen finanziellen Ausgleich der behinderungsbedingten Nachteile und des behinderungsbedingten Mehraufwands. Die daraus resultierenden Einnahmeausfälle für die Kommunen sind angesichts der Gesamtentlastung verkraftbar und werden durch den reduzierten Verwaltungsaufwand zumindest teilweise kompensiert.

Neben der Einführung des Bundesteilhabegeldes bieten sich zur nachhaltigen Entlastung der Kommunen die Verlagerung der Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung für die Teilhabe am Arbeitsleben an die Bundesagentur für Arbeit und die Übernahme der Finanzierungsverantwortung für Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe an die Pflegeversicherung an. Bei Umsetzung der ersteren Maßnahme ist sicherzustellen, dass der Bund sich nicht seiner Finanzierungsverantwortung entzieht und die Leistungen nicht zumindest teilweise durch Beiträge finanziert werden müssen.

---

<sup>94</sup> Vgl. BMAS (2014b), S. 4f.

## TEIL 3

### Bewertung der im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe diskutierten Lösungen zur Überwindung von Zuständigkeits- und Schnittstellenproblemen bei Teilhabeleistungen an Kinder und Jugendliche (u. a. „Große Lösung“)

#### 1. Historische Entwicklung

Seit der gesetzlichen Regelung der Eingliederungshilfe im BSHG im Jahre 1961 wird über die Zuordnung behinderter Kinder und Jugendlicher kontrovers diskutiert. Im Hinblick auf die Wechselwirkungen von Behinderung und erzieherischem Bedarf und die daraus resultierende Schwierigkeit, die Ursache für den Hilfebedarf eindeutig der Behinderung des Kindes oder Jugendlichen oder der Erziehung durch die Eltern zuzuordnen, kam es in der Folgezeit zu wachsenden Streitigkeiten über die Zuständigkeit zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe.<sup>95</sup>

Um die Abgrenzungsprobleme zwischen seelischer Behinderung und erzieherischem Bedarf zu lösen, ordnete das am 3. Oktober 1990 in den ostdeutschen Bundesländern und am 1. Januar 1991 in den westdeutschen Bundesländern in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zu. Die Leistungen waren aber zunächst an die Hilfe zur Erziehung gekoppelt.

Die Zuordnung von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher und geistiger Behinderung zur Kinder- und Jugendhilfe war auch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KJHG schon Gegenstand der Diskussion. Davon wurde aber u. a. deshalb Abstand genommen, weil damit eine wesentliche Ausweitung des Angebotsspektrums der Kinder- und Jugendhilfe verbunden gewesen wäre. Der Gesetzgeber des KJHG hat aber vor allem wegen der mit der Verlagerung von der Sozial- auf die Kinder- und Jugendhilfe verbunden personellen und finanziellen Transfers von (überörtlichen) Landesbehörden auf kommunale Gebietskörperschaften, die seinem Zugriff entzogen ist, nur die Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, in das SGB VIII integriert.<sup>96</sup>

Ein eigenständiger Leistungstatbestand für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung folgte erst durch das Erste SGB VIII-Änderungsgesetz vom 16. Februar 1993 mit der Einfügung des § 35a SGB VIII. Der Gesetzentwurf zum Ersten SGB VIII-Änderungsgesetz sah zunächst vor, Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung nur dann der Kinder- und Jugendhilfe zuzuordnen, wenn sie gleichzeitig Hilfe zur Erziehung bedürften. Dieser Einengung wurde jedoch im parlamentarischen Verfahren eine Absage erteilt mit der Begründung, der bereits erfolgte behutsame Schritt auf das Ziel einer Überwindung der Trennung zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern dürfe nicht wieder zum Teil rückgängig gemacht werden. Der Kerngehalt der Regelung des § 35a SGB VIII ist trotz einer Reihe von Änderungen in späteren Gesetzen unverändert geblieben.

---

<sup>95</sup> Vgl. Wiesner, in Luthe, Rehabilitationsrecht, 2. Auflage 2015, Kapitel 6, Rn. 5)

<sup>96</sup> RegBegr. BT-Dr. 11/5948 S. 53

## 2. Geltende Rechtslage

Für Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Behinderungen sind nach der aktuellen Rechtslage unterschiedliche Leistungssysteme zuständig. Für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung ist die Kinder- und Jugendhilfe leistungs verpflichtet (§ 35a SGB VIII). Demgegenüber liegt die vorrangige Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit wesentlicher körperlichen oder geistigen Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, bei der Sozialhilfe (§ 10 Absatz 4 SGB VIII). Daneben ist die Kinder- und Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit einem erzieherischen Bedarf zuständig (§§ 27 ff. SGB VIII).

Ab dem Erwachsenenalter ist die Sozialhilfe für alle Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Behinderungsart zuständig. Diese Zuständigkeit wirkt sich fast ausschließlich für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX) aus, da für Leistungen der medizinischen Rehabilitation vorrangig die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, bei Leistungen für Kinder von Versicherten auch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 31 SGB VI) zuständig sind. Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Jugendliche und junge Erwachsene ist vorrangig die Bundesagentur für Arbeit zuständig. Ist die Behinderung Folge eines einem Arbeitsunfall gleichgestellten Unfalls in einer Kindertageseinrichtung oder in der Schule (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 SGB VIII) ist für Leistungen zur Teilhabe aller Leistungsgruppen vorrangig die gesetzliche Unfallversicherung (hier: Unfallkasse) zuständig.

Nach der geltenden Rechtslage führt die Schnittstelle zwischen seelischer Behinderung und einer im Wesentlichen entwicklungs- oder erziehungsbedingten Verhaltensstörung bzw. Verhaltensauffälligkeit nicht zu einer unterschiedlichen Zuständigkeit, da jedenfalls der Träger der Kinder- und Jugendhilfe zuständig ist. Zugleich schafft das geltende Recht aber neue Schnittstellen. So sind seelische und geistige Behinderung voneinander abzugrenzen, da für entsprechende Maßnahmen unterschiedliche Leistungsträger zuständig sind. Für den Personenkreis mehrfach Behinderter und die hier zu treffenden Maßnahmen muss auf die subsidiäre Zuständigkeit der Sozialhilfe für alle Arten der Behinderung zurückgegriffen werden. Angesichts der Schwierigkeit, insbesondere in den ersten Lebensjahren die Art der Behinderung festzustellen, hat der Gesetzgeber schließlich den Ländern für den Bereich der Frühförderung die Möglichkeit eröffnet, an der bisherigen Zuordnung zur Sozialhilfe soweit nicht vorrangig andere Leistungsträger zuständig sind, festzuhalten (§ 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII).<sup>97</sup>

## 3. Bedarf an Reduzierung der Abgrenzungsprobleme

Die Aufteilung der Zuständigkeiten für junge Menschen mit Behinderungen, die Sozialhilfe, die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Krankenkassen führt in der Praxis zu erheblichen Definitions- und Abgrenzungsproblemen, aus denen Zuständigkeitsstreitigkeiten, erheblicher Verwaltungsaufwand und vor allem Schwierigkeiten bei der Gewährung und Erbringung von Leistungen für Kinder und Jugendliche und ihre Familien resultieren.<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> Frühförderung ist im Übrigen seit 1.7.2001 eine Leistung der medizinischen Rehabilitation (26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX), die nach § 30 SGB IX in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung erbracht wird, sodass immer auch die Träger der Krankenversicherung beteiligt sind.

<sup>98</sup> Vgl. dazu die Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht: BT-Drs. 16/12860, S. 233; ferner: 10. Kinder- und Jugendbericht, BT-Drs. 13/11368, S. 280; 11. Kinder- und Jugendbericht, BT-Drs. 14/8181, S. 229; 14. Kinder- und Jugendbericht, BT-Drs. 17/12200, S. 377

Diese Probleme sind insbesondere darauf zurückzuführen, dass es im Kindes- und Jugendalter Schwierigkeiten

- bei der Abgrenzung zwischen den Behinderungsarten und
- zwischen behinderungsbedingten und erzieherischen Bedarfen sowie
- zwischen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, medizinischer Rehabilitation und Krankenbehandlung

gibt. Eine eindeutige Zuordnung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung und Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung zu den Leistungssystemen ist oft dadurch erschwert, dass die Entwicklungsdynamik in der Lebensphase „Kindheit und Jugend“ eine trennscharfe Unterscheidung der (Hilfe-)Kategorien „allgemeiner Förderbedarf“, „erzieherischer Bedarf“, „heilpädagogischer Bedarf“, „Frühförderung und Früherkennung“, „seelische Behinderung“, „geistige Behinderung“, „körperliche Behinderung“ sowie „Krankheit“ erheblich erschwert bzw. in manchen Fällen nahezu unmöglich macht.

Ein besonderer Bedarf an Reduzierung und reibungslosen Handhabung der Schnittstellen besteht

- bei der Koordination von Frühförderung der medizinischen Rehabilitation, heilpädagogischen Leistungen der Teilhabe und Krankenbehandlung,
- bei der Koordination von und Abgrenzung zwischen erzieherischen und behinderungsbedingten Bedarfen,
- bei der Unterscheidung zwischen einer geistigen und einer seelischen Behinderung,
- bei der Zuordnung der Zuständigkeit bei Mehrfachbehinderungen sowie
- bei der Umsetzung inklusiver Bildung in der Kindertageseinrichtungen und in Schulen.<sup>99</sup>

#### **4. Koordinations- und Kooperationspflichten der Träger nach geltendem Recht**

Für den Fall, dass mehrere Rehabilitationsträger und andere Sozialleistungsträger an der Teilhabe einer Person beteiligt sind, hält das geltende Recht zahlreiche Instrumente bereit, die auch von den Trägern der Rehabilitation, Teilhabe, Erziehungshilfe und Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen angewandt werden können und müssen.

Diese Instrumente sind insbesondere dem

- SGB I – Allgemeiner Teil
- SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz und dem
- SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

zu entnehmen. Diese Bücher des Sozialgesetzbuchs gelten für alle genannten Träger von Leistungen für behinderte Kinder und Jugendliche.

---

<sup>99</sup> Vgl. im Einzelnen: BT-Drs. 16/12860, S. 13/14

Nach § 37 SGB I und § 7 Satz 1 SGB IX gelten diese allgemeinen Regelungen, soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt. Es bedarf also keiner weiteren Verweisungsnormen, sondern die allgemeinen Regelungen gelten, wenn sich in den speziellen Büchern des Sozialgesetzbuchs (SGB VIII für die Kinder- und Jugendhilfe; SGB XII für die Sozialhilfe; SGB V) keine abweichenden Regelungen finden. Dies ist nur selten der Fall und wird im Weiteren genauer untersucht.

In der Literatur und in der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung<sup>100</sup> ist zum Teil die Auffassung zu finden, es gebe auch ungeschriebene Abweichungen der besonderen Bücher des Sozialgesetzbuchs vom SGB I, SGB X und SGB IX, die sich aus deren Strukturprinzipien ergäben. Diese Auffassung ist problematisch, da sie den Gesetzesvorbehalt im Sozialrecht (§ 31 SGB I) außer Acht lässt und Verwaltung und Rechtsprechung die Konstruktion von Strukturprinzipien zu Lasten geschriebener gesetzgeberischer Entscheidungen überlässt.<sup>101</sup> Die sozialgerichtliche Rechtsprechung lehnt diesen Ansatz daher zu Recht ab.<sup>102</sup>

Rechtssoziologisch sind erhebliche Abweichungen der Rechtspraxis vom geschriebenen Recht eher mit langjähriger nicht hinterfragter Praxis, Steuerungsschwäche der Aufsichtsbehörden und einer einseitigen oder unzureichenden Ausbildung des Personals zu erklären. So dominiert in der Ausbildung der in den Jugendämtern als Fachkräfte (§ 72 SGB VIII) tätigen Personen die Sozialpädagogik und Soziale Arbeit. In den einschlägigen Studiengängen konzentriert sich die rechtliche Ausbildung oft auf das SGB VIII, während das allgemeine Sozialrecht und das Recht der Rehabilitation und Teilhabe nur eine geringe Rolle spielen. Dies wird vermutlich durch Weiterbildung nicht hinreichend korrigiert.

Wird eine Leistung bei einem Träger beantragt, hat dieser zunächst seine Zuständigkeit zu prüfen. Hält er sich für eine beantragte Leistung zur Teilhabe ganz oder teilweise nicht für zuständig, hat er den Antrag insoweit an den nach seiner Ansicht zuständigen Träger weiterzuleiten (§ 14 Abs. 1 und 2 SGB IX). Dieser Träger ist dann zuständig und hat über die Leistung zu entscheiden, auch wenn er sich nicht für zuständig hält. In diesem Fall kann er Kostenerstattung von dem nach seiner Ansicht zuständigen Träger verlangen (§ 14 Abs. 4 SGB IX). Das Verfahren nach § 14 SGB IX gilt für alle Rehabilitationsträger, einschließlich der Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Bei heilpädagogischen Leistungen wenden die Verwaltungsgerichte die allgemeinen Regelungen des SGB IX einschließlich § 14 SGB IX an.<sup>103</sup>

Für die Leistungen zur Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung wird allerdings von den Verwaltungsgerichten angenommen, es handele sich nicht um Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX.<sup>104</sup> Dies beruht auf der Einschätzung, bei der Hilfe zur angemessenen Schulbildung im Rahmen von § 35a SGB VIII handele es sich nicht um eine Leistung zur Teilhabe. Diese Einschätzung wird von den Sozialgerichten für

---

<sup>100</sup> Z.B. BVerwG v. 29.9.1994 – 5 C 41/92, FEVS 45, 269.

<sup>101</sup> Vgl. dazu Dieter Giese, Auswirkungen des Ersten und Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches auf das verwaltungsrechtliche Sozialrecht, insbesondere auf das Sozialhilferecht, ZfSH/SGB 1988, S. 1-16; Udo Mass, Leistungen der Jugendhilfe als Sozialleistungen, NDV 1993, S. 465-472; Dietrich Schoch, Das Sozialgesetzbuch – Zugangswege zu einem Buch mit sieben Siegeln, ZfS 1995, S. 28-35; Karl Otto Lindlahr, Die kommunalen Jugend- und Sozialhilfeträger im neuen Rehabilitationsrecht des SGB IX, Soziale Arbeit 2002, S. 381-390.; Welti in: HK-SGB-IX, 3. Aufl. 2010, Rz 9 zu § 7 m.w.N.

<sup>102</sup> Vgl. BSG v. 29.9.2009, B 8 SO 16/08 R, BSGE 104, 213.

<sup>103</sup> So wird § 14 SGB IX auf Leistungen nach dem SGB VIII angewandt von OVG Nordrhein-Westfalen v. 31.7.2008, B 852/08 – juris; Bayerischer VGH v. 24.3.2009, 12 B 06.2837 – juris; OVG Nordrhein-Westfalen v. 17.2.2011, 12 A 2170/10 – juris.

<sup>104</sup> BVerwG v. 11.8.2005, 5 C 18/04, BVerwGE 124, 83; Bayerischer VGH v. 11.5.2007, 12 C 07,593 – juris; OVG Nordrhein-Westfalen v. 2.5.2012, 12 B 438/12 – juris.

die entsprechenden Leistungen der Sozialhilfe nicht geteilt.<sup>105</sup> Sie findet im Normtext keine Stütze. Das SGB VIII verweist auf das SGB XII. Die hier besonders benannten Leistungen in § 54 Abs. 1 Nr. 1-5 SGB XII stehen in einem engen sachlichen Zusammenhang zu den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX, die im gleichen Satz in Bezug genommen werden. In § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ist ein genereller Verweis für alle Leistungen der Eingliederungshilfe auf das SGB IX enthalten, der durch die Verweisung auf das SGB IX in § 53 Abs. 4 SGB XII präzisiert wird. Diese Verweisung ist in § 35a Abs. 3 SGB VIII ausdrücklich in Bezug genommen, so dass die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte nur als unzutreffend bezeichnet werden kann.

Das Verfahren nach § 14 SGB IX gilt auch dann, wenn nicht feststeht, ob es sich bei einer beantragten Leistung ganz oder teilweise um eine Leistung zur Teilhabe handelt oder z. B. um eine Leistung der Erziehungshilfe oder der Krankenbehandlung und entsprechend auch dann, wenn nicht feststeht, ob eine Leistung aufgrund einer Behinderung oder eines anderen Leistungstatbestands erfolgt.

Wird eine Leistung, die jedenfalls keine Leistung zur Teilhabe ist, bei einem nach seiner Ansicht nicht zuständigen Träger beantragt, hat dieser den Antrag ebenfalls weiterzuleiten (§ 16 SGB I). Für das weitere Verfahren gilt dann nicht § 14 SGB IX, sondern § 43 SGB I. Diese Regelung wird auch vom BVerwG für die Träger der Kinder- und Jugendhilfe angewandt.<sup>106</sup> Der zweite Träger, der sich nicht für zuständig hält, kann vorleisten und die Kosten im Erstattungswege zurückverlangen (§ 102 SGB X). Bei an ihrem Auftrag orientierten Sozialleistungsträgern gibt es hier also keinen Unterschied zu § 14 SGB IX. Allerdings ist in dieser Situation die Rechtsposition des Antragstellers schwächer, da der zweitangegangene Träger vom Gesetz – anders als in § 14 SGB IX – ihm gegenüber nicht definitiv für zuständig erklärt wird.

Der leistende Träger einer Leistung zur Teilhabe ist nach § 10 Abs. 1 SGB IX verpflichtet, den gesamten Bedarf auch trägerübergreifend festzustellen und die Leistungen der zuständigen Träger zu koordinieren. Diese Teilhabeplanung ist in der gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess<sup>107</sup> der Rehabilitationsträger genauer geregelt. Die Träger der Sozialhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe haben diese gemeinsame Empfehlung nicht mit vereinbart. Sie können ihr aber beitreten. Treten sie ihr nicht bei – wie gegenwärtig – sind sie gesetzlich verpflichtet, sich an ihr zu orientieren. Jedenfalls gilt die Regelung in § 10 Abs. 1 SGB IX für alle Rehabilitationsträger, auch für die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Sie wird nicht durch deren trägerspezifische Regelungen zum Gesamtplan (§ 58 SGB XII) und Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) ausgeschlossen, sondern diese Normen sind in Übereinstimmung mit dem SGB IX anzuwenden. Es sind nicht verschiedene Pläne zu erstellen, sondern ein einheitlicher trägerübergreifender Plan,<sup>108</sup> bzw. als Mindestanforderung sind die Pläne abzustimmen (§ 24 Abs. 2 Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess).

Beantragt die leistungsberechtigte Person – als Kind oder Jugendlicher ggf. durch ihre Eltern – ein Persönliches Budget (§ 17 Abs. 2 SGB IX), so sind die Leistungen zur Teilhabe aller beteiligten Rehabilitationsträger als Persönliches Budget zu leisten (§ 159 Abs. 5 SGB IX, gebundenes Ermessen). Sie sind in dem nach der Budgetverordnung festgelegten Verfahren in einem Geldbetrag zusammenzufassen, mit dem der Bedarf nach Maßgabe einer zu schließenden Zielvereinbarung gedeckt wird. Damit können beispiels-

---

<sup>105</sup> Vgl. BSG v. 22.3.2012, B 8 SO 30/10 R, BSGE 110, 301.

<sup>106</sup> BVerwG v. 19.11.1992 – 5 C 32/90, NDV 1993, 314.

<sup>107</sup> Unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de).

<sup>108</sup> Vgl. Felix Welti, Planung individueller Teilhabeleistungen durch Rehabilitationsträger, RsDE 60, 50-69.

weise Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der Träger der Kinder- und Jugendhilfe oder der Sozialhilfe und Leistungen der medizinischen Rehabilitation und regelmäßig wiederkehrende Leistungen der Krankenbehandlung der Krankenkassen in einem Persönlichen Budget zusammengefasst werden. Das Budget wird dann von einem der beteiligten Träger als Beauftragtem für alle Träger an den Leistungsberechtigten geleistet. Dieser hat nur einen Ansprechpartner.

Die Regelungen zum Persönlichen Budget gelten auch für die Träger der Kinder- und Jugendhilfe als Rehabilitationsträger.<sup>109</sup> Ablehnende Stimmen in der Literatur<sup>110</sup> finden im Gesetz keine Stütze. Allerdings können nach geltendem Recht Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, die keine Leistungen zur Teilhabe sind, nicht unmittelbar in ein Persönliches Budget einbezogen werden. Diese Sach- und Dienstleistungen sind dann vom Träger der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen seines Hilfeplans nach § 36 SGB VIII mit dem Persönlichen Budget zu koordinieren.

Erweist sich die Abgrenzung zwischen körperlicher Behinderung, geistiger Behinderung und seelischer Behinderung sowie die Einordnung von Mehrfachbehinderungen als schwierig, so sind die Rehabilitationsträger im Sinne einer einheitlichen und einfachen Rechtsanwendung dafür verantwortlich, dass Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden (§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX). Hierzu können die Träger gemeinsame Empfehlungen vereinbaren oder andere Verwaltungsvereinbarungen schließen. Diese können durch die regional zuständigen Rehabilitationsträger konkretisiert werden (§ 13 Abs. 9 SGB IX). Sie sollen regionale Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 12 Abs. 2 SGB IX). Damit besteht die Grundlage, Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe auf der Basis genereller Vereinbarungen zu regeln, die etwa auf der Ebene der Länder oder in von ihnen gebildeten Regionen – z.B. Rheinland und Westfalen-Lippe – geschlossen oder konkretisiert werden.

Weiter gehend kann im Rahmen der regionalen Arbeitsgemeinschaften vereinbart werden, in welchen Fällen die Rehabilitationsträger vom Auftrag für gleichartige Fälle (§ 88 Abs. 2 SGB X) Gebrauch machen und damit für Fälle schwieriger Zuständigkeit generalisierte Zuständigkeiten und Erstattungsregelungen vereinbaren.

## **5. Koordination und Kooperation – mögliche Rechtsänderungen**

### **5.1 Bundesrecht**

Der Bundesgesetzgeber könnte

- durch Änderungen in §§ 7, 10 Abs. 1 SGB IX die bereits bestehenden Koordinations- und Kooperationsregelungen präzisieren;
- in §§ 12, 13 SGB IX verdeutlichen, dass die landesrechtliche Ausgestaltung der regionalen Arbeitsgemeinschaften und ihre Verantwortung für die Koordination und Kooperation auch der

---

<sup>109</sup> VG Schleswig-Holstein v. 5.11.2009, 15 B 53/09 – juris; VG Frankfurt (Oder) v. 7.12.2011, 6 K 1432/08.

<sup>110</sup> Wiesner in; Luthé, Rehabilitationsrecht, 2. A. Rz 39a,



kommunalen Rehabilitationsträger organisationsrechtlich durch die Länder zulässig ist, nicht jedoch in ihrem Belieben steht;<sup>111</sup>

- in §§ 53, 54 SGB XII und § 35a SGB VIII verbleibende Unklarheiten beseitigen, indem er pauschal auf das SGB IX verweist und z.B. die in § 54 SGB XII aufgezählten Leistungen alleine in § 55 ff. SGB IX verankert.

## 5.2 Landesrecht

Der Landesgesetzgeber kann die regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX konstituieren und in sie die Träger der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe zwingend einbeziehen. Er kann den Trägern den Auftrag geben, die regionale Kooperation nach § 13 Abs. 9 SGB IX und darüber hinaus zwingend zu regeln.

Der Landesgesetzgeber kann eine organisatorisch einheitliche Zuständigkeit für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft einschließlich Unterstützung beim Schulbesuch bereits heute herstellen. Die Bestimmung der Zuständigkeiten in der Sozialhilfe (§§ 97-99 SGB XII) und in der Kinder- und Jugendhilfe (§ 69 Abs. 1 SGB VIII) geschieht durch Landesrecht, so dass der Landesgesetzgeber die Zuständigkeiten in einer Behörde zusammenfassen kann.

## 6. Zu den alternativen Vorschlägen zur Änderung der Zuständigkeit

Betrachtet man die zum Teil nicht voll ausgeschöpften Möglichkeiten der Koordination und Kooperation, relativiert sich die Diskussion um eine Neuordnung der Zuständigkeiten. Gleichwohl sind unter dem Stichwort „Große Lösung“ Modelle zur Neuordnung der Zuständigkeiten anzutreffen: Erweiterung oder Reduktion jeweils der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe oder der Sozialhilfe.

### 6.1 Reduktion der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe

Nach der ersten Variante der Großen Lösung würde die Zuständigkeit für junge Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung von der Kinder- und Jugendhilfe in die Sozialhilfe wechseln. Das Leistungssystem der Sozialhilfe wäre dann für alle behinderungsspezifischen Leistungen unabhängig vom Lebensalter des Menschen mit Behinderung zuständig. Für die Kinder und Jugendlichen mit einem erzieherischen Bedarf wäre weiterhin die Kinder- und Jugendhilfe zuständig. Diese wäre kein Rehabilitationsträger mehr. Ein Koordinierungsbedarf bestünde fort zwischen Leistungen zur Teilhabe und erzieherischen Leistungen.

---

<sup>111</sup> Vergleiche dazu Teil A des Gesamtgutachtens

## 6.2 Erweiterung der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe

Nach der zweiten Variante der Großen Lösung wäre die Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen mit und ohne Behinderungen zuständig. Die Sozialhilfe würde erst ab dem Erwachsenenalter für Menschen mit Behinderungen zuständig.

Die große Lösung im SGB VIII ließe sich auf zwei Wegen realisieren:

- a) Nach dem ersten Umsetzungsmodell würde der bisherige § 35a SGB VIII um Leistungen für junge Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung erweitert. Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe müsste dann weiterhin zwischen erzieherischem und behinderungsspezifischem Hilfebedarf unterschieden werden.
- b) Nach dem zweiten diskutierten Umsetzungsmodell soll ein einheitlicher Leistungstatbestand „Hilfen zur Entwicklung und Teilhabe“ geschaffen werden, der sowohl die Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Behinderungen als auch die bisherigen Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) umfasst. Dies hätte zur Folge, dass innerhalb des SGB VIII für den Anspruch dem Grunde nach nicht mehr zwischen behinderungsbedingtem und erzieherischem Bedarf unterschieden werden müsste. Dieses Modell ist in mehreren Varianten möglich, die sich unter anderem dadurch unterscheiden, ob die Leistungen für behinderte Kinder und Jugendliche überhaupt noch als Leistungen zur Teilhabe und die Jugendämter als Rehabilitationsträger definiert werden. Würde die Rehabilitationsträgerschaft der Jugendämter entfallen, würden auch die Koordinationspflichten des SGB IX nicht mehr gelten.

## 6.3 Bewertung

Die Vereinheitlichung des Rehabilitations- und Teilhaberechts wird seit den 1950er Jahren intensiv diskutiert. Die bisher wichtigsten Schritte waren das RehaAnglG 1974 und das SGB IX 2001. Erst mit letzterem wurden die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Kinder- und Jugendhilfe als Rehabilitationsträger einbezogen und zur besseren Kooperation und Koordination miteinander und mit anderen Rehabilitationsträgern, namentlich den Krankenkassen verpflichtet.

Im SGB IX sind heute Regelungen zusammengefasst, die – zusammen mit dem Allgemeinen Sozialrecht des SGB I und SGB X – für die in § 6 genannten Rehabilitationsträger – mithin auch die Träger der Kinder- und Jugendhilfe – einheitlich gelten. In der Begründung zum SGB IX wird ausgeführt, dass „insbesondere die Einbeziehung dieser Träger in die für alle Rehabilitationsträger geltenden Verfahrens- und Abstimmungsmöglichkeiten, eine enge Zusammenarbeit im Interesse der Behinderten Menschen (ermöglicht), die zu ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Leistungen und sonstige Hilfen mehrerer Träger benötigen“.<sup>112</sup>

Die Verfahrens- und Abstimmungsmöglichkeiten des SGB IX sind im Grundsatz, wie im Einzelfall, geeignet, Schnittstellenprobleme nicht nur zwischen den Sozialversicherungsträgern untereinander und mit den staatlichen Sozialleistungsträgern, sondern auch zwischen den staatlichen und kommunalen Sozialleistungsträgern, mithin zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Trägern der Jugendhilfe u. a. bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen zu lösen.

---

<sup>112</sup>BT-Drs. 14/5074 S. 94.

Die Implementation der entsprechenden Regelungen ist jedoch oft noch defizitär. Gerade die für die Einbeziehung der Träger der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe erforderliche Koordination und Kooperation auf der Ebene der Länder, Regionen, Kreise und Städte ist noch nicht hinreichend realisiert. Die gemeinsamen Servicestellen (§§ 22-25 SGB IX) sind oft ohne systematische Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte gebildet worden, regionale Arbeitsgemeinschaften (§ 12 Abs. 2 SGB IX) bestehen nicht und trägerübergreifende Rahmenverträge zur Leistungserbringung (§ 21 Abs. 2 SGB IX) wurden auch auf Landesebene nicht geschlossen.

Gewisse Fortschritte sind bei den Vereinbarungen zur Frühförderung und Früherkennung (§ 30 SGB IX) zwischen Sozialhilfeträgern und Krankenkassen zu erkennen. Doch auch hier werden in der Praxis noch erhebliche Defizite gesehen.

Die Koordinationsmechanismen im Einzelfall (§§ 10, 14 SGB IX) werden durchaus genutzt, doch bestehen hier auch noch erhebliche Potenziale zur Verbesserung. Gerade die individualrechtlichen Komponenten, etwa die rasche Zuständigkeitsklärung, helfen bereits heute vielen Betroffenen, negative Folgen unzureichender Kooperation zu vermeiden und die Abstimmung der Träger im Einzelfall erfolgreich einzufordern.

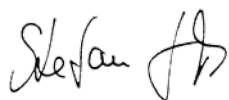
Die Modelle, die aktuell unter dem Stichwort „Große Lösung“ diskutiert werden, insbesondere derjenigen, die eine Erweiterung der Zuständigkeiten der Kinder- und Jugendhilfe favorisieren, bringen die Gefahr mit sich, dass die Ansätze der Koordination und Kooperation zwischen den Rehabilitationsträgern weiter zurückgedrängt werden. Dies wäre rechtlich insbesondere dann zu befürchten, wenn die Träger der Kinder- und Jugendhilfe aus der Geltung des SGB IX entlassen würden oder wenn nicht mehr erkennbar wäre, bei welchen Leistungen das SGB IX gilt. Zudem könnte eine zu pointierte Zuordnung der Leistungen zur Teilhabe zu den Leistungen der Erziehungshilfe dazu führen, dass der teilhabeorientierte Ansatz fachlich nicht hinreichend ausgeprägt wäre. Familien mit behinderten Kindern haben kein erzieherisches Defizit, sondern ihre Teilhabe ist wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Barrieren gefährdet.

Auch bei einer Neuordnung von Trägerzuständigkeiten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bleiben Koordination und Kooperation nach den Regeln des SGB IX unverzichtbar, um diese mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Krankenbehandlung anderer Träger, zum Teil auch der Pflege und der Teilhabe am Arbeitsleben, zu verknüpfen.

Insofern besteht eine wirklich „Große Lösung“ in der besseren Realisierung der Koordination und Kooperation, damit die Leistungen für die Leistungsberechtigten wie aus einer Hand erfolgen. Dies ist nicht nur ein Gebot guter Verwaltung, sondern auch guter Rehabilitation. In deren Mittelpunkt muss die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Professionen zur Teilhabe der behinderten Menschen stehen – das bedeutet weder eine rein medizinische oder psychologischen noch eine rein pädagogische Rehabilitation. Hierzu bedarf es einer träger- und professionenübergreifenden partizipativen Teilhabeplanung, wie sie im SGB IX angelegt ist.



Dr. Harry Fuchs



Prof. Dr. Stefan Greß



Prof. Dr. Felix Welti



Dr. Reza F. Shafaei

SPD-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf